

Université de Sherbrooke

**Les facteurs individuels influençant l'affiliation des patients sans médecin de famille
par l'entremise des listes d'attente centralisées.**

Par

Raquel Cacheiro-Millette, B.Sc.
Programme Recherche en sciences de la santé

Mémoire de maîtrise présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue
de l'obtention du grade de maître ès sciences (M.Sc.) en Recherche en sciences de la santé

Longueuil, Qc, Canada
Juin 2019

Membres du jury d'évaluation :

Mylaine Breton, directrice de recherche,

Programme Recherche en sciences de la santé

Helen-Maria Vasiliadis, co-directrice de recherche,

Programme Recherche en sciences de la santé

Marie-Claude Jacques, membre interne du jury d'évaluation,

Programme Recherche en sciences de la santé

Bernard Roy, Faculté des sciences infirmières,

Université Laval, membre externe du jury d'évaluation

© Raquel Cacheiro-Millette, 2019

SOMMAIRE

Les facteurs individuels influençant l'affiliation des patients sans médecin de famille par l'entremise des listes d'attente centralisées.

Par

Raquel Cacheiro-Millette, B.Sc.
Programme Recherche en sciences de la santé

Mémoire de maîtrise présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M.Sc.) en Recherche en sciences de la santé, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Le Canada présente l'un des plus faibles taux d'affiliation à un médecin de famille au sein des pays de l'OCDE. De cette problématique émerge une innovation canadienne : des listes d'attente centralisées pour faciliter l'affiliation des patients à un professionnel de première ligne. Ce mécanisme fut mis en place par 7 provinces canadiennes dans le but de diminuer la proportion de patients sans affiliation à un professionnel en première ligne. Pourtant, peu d'études ont été menées avant l'implantation de ces listes d'attente centralisées. Notre étude vise à explorer quels facteurs prédisposants, facilitants et de besoins influencent les délais d'attente d'affiliation aux médecins de famille pour les patients inscrits aux listes d'attente centralisées du Québec. Nous avons analysé les données de 129 547 patients de la base de données clinico-administrative (SIGACO) de 5 listes d'attente centralisées parmi les 93 implantées à l'échelle du Québec entre 2008 et 2015. Afin de savoir quels facteurs influencent l'affiliation au médecin de famille, des analyses de Cox ont été réalisées. Selon le modèle multivarié, les facteurs de besoins semblent avoir une grande influence sur le taux d'affiliation à un médecin de famille. En effet, les résultats obtenus démontrent notamment que les personnes atteintes de problématiques de santé mentale ont 5% plus de risque d'affiliation que les personnes en santé, c'est à dire ne présentant pas de maladies physiques et psychiatriques (HR 1,05 (IC 1,02-1,09)). En comparaison, les gens souffrant de problèmes de santé physique auraient 17% plus de risque d'être affiliés que les personnes en santé (HR 1,17 (IC 1,13-1,20)). En contrepartie, une personne présentant un portrait de comorbidité de maladies physique et psychiatrique a 17% moins de risque d'être affilié qu'une personne en santé (HR 0,85 (IC 0,81-0,89)). L'étude conduite révèle donc des iniquités dans l'affiliation à un médecin de famille malgré le processus de liste d'attente centralisée, mis en place à ce jour, puisque les facteurs de besoins influencent l'affiliation à un médecin de famille. Ainsi, plusieurs efforts systémiques sont toujours nécessaires afin d'améliorer le processus actuellement mis en place.

Mots clés : *Primary Health Care, Waiting Lists*, Health Services Accessibility/organization & administration*, Family Practice/organization & administration*, Quebec, cross sectional study*

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX	IV
LISTE DES FIGURES	V
LISTE DES ABREVIATIONS.....	VI
REMERCIEMENTS.....	VII
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE.....	3
1.1 L’AFFILIATION A UN MEDECIN DE FAMILLE : UNE PROBLEMATIQUE CANADIENNE	3
1.2 LES GUICHETS D’ACCES AUX CLIENTELES ORPHELINES (GACO)	5
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ECRITS	8
2.1 STRATEGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE SUR LES LISTES D’ATTENTE CENTRALISEES POUR L’AFFILIATION A UN MEDECIN DE FAMILLE	8
2.2 LES LISTES D’ATTENTES CENTRALISEES POUR LES MEDECINS DE FAMILLE	11
2.3 LES CARACTERISTIQUES DES PATIENTS ORPHELINS (SANS MEDECIN DE FAMILLE)	14
2.4 FORCES ET FAIBLESSE DE LA RECENSION DES ECRITS.	16
2.4.1 <i>Forces de la recension des écrits</i>	16
2.4.2 <i>Faiblesses de la recension des écrits</i>	17
2.5 CADRE THEORIQUE	17
CHAPITRE 3 : OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE RECHERCHE.....	17
3.1 OBJECTIFS ET HYPOTHESES.....	17
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE RECHERCHE	18
4.1 POPULATION A L’ETUDE.....	18
4.2 DEVIS DE RECHERCHE.....	19
4.3 ÉTHIQUE	19
4.4 LES VARIABLES	20
4.4.1 <i>Variable dépendante</i>	20
4.4.2 <i>Variables indépendantes</i>	20
4.5 ANALYSES	23
CHAPITRE 5 : RESULTATS	24
CHAPITRE 6 : DISCUSSION GENERALE.....	31
6. 1 FACTEUR PREDISPOSANT	32
6.2 FACTEUR FACILITANT	32
6.3 FACTEURS DE BESOINS	34
6.4 FORCES ET LIMITES.....	37
CONCLUSION	40
REFERENCES.....	41

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Listes d'attente centralisées pour l'affiliation des patients orphelins implantées au Canada adapté de Smithman et al. (2018).....p. 5
Tableau 2	Recension des études les plus pertinentes.....p. 10
Tableau 3	Délais d'attente recommandée en fonction des cotes de priorités.....p. 23
Tableau 4	Les caractéristiques des individus selon le statut de l'affiliation à un médecin de famille.....p. 24
Tableau 5	<i>Hazard Ratio</i> des modèles bivariés et multivarié des variables indépendantes.....p. 27

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Guichet d'accès aux clientèles orphelinesp. 6
Figure 2	Stratégie de recherche documentairep. 8
Figure 3	Cadre théorique : accès au médecin de famille via les listes d'attente centralisées une adaptation d'Andersen et Newman (1973, 1995, 2005).....p. 18
Figure 4	Calcul de la durée de survie.....p. 20
Figure 5	Variables indépendantes inscrites selon l'adaptation du cadre théorique d'Andersen et Newman.....p. 21
Figure 6	Exemple des analyses de Cox.....p. 23

LISTE DES ABREVIATIONS

CLSC	Centre local des services communautaires
FRQ-S	Fonds de recherche du Québec – Santé
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GACO	Guichet d'accès aux clientèles orphelines
GAMF	Guichet d'accès au médecin de famille
GMF	Groupe de médecine familiale
HR	<i>Hazard Ratio</i>
IC	Intervalle de confiance
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OR	<i>Odds Ratio</i>
PCAS	Primary Care Access Survey
RAMQ	Régie d'assurance maladie du Québec
SIGACO	Système d'information du guichet d'accès aux clientèles orphelines
SoFIE	<i>Survey of Family Income and Employment</i>

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, j'aimerais remercier mes directrices de recherche, Pre Mylaine Breton et Pre Helen-Maria Vasiliadis. Merci pour votre temps, votre disponibilité, votre compréhension, votre flexibilité et vos encouragements tout au long de mon parcours. Merci pour tout.

Un immense merci à Djamal Berbiche pour sa disponibilité et ses talents de pédagogue. Merci à tous mes collègues du Centre de recherche pour les pratiques de séminaire, leurs commentaires et leurs encouragements. Un grand merci à tous mes collègues du CLSC pour vos encouragements et votre écoute, en plus de m'avoir permis de me libérer de temps à autre afin de compléter mes études, et ce, malgré le contexte de soins difficile actuel.

Merci au Fonds de recherche du Québec en Santé pour le financement du projet qui m'a permis de faire une étude sur l'évaluation des Guichets d'accès aux clientèles orphelines.

Merci à Pre Marie-Claude Jacques et à Pre Bernard Roy d'avoir accepté de prendre de leur temps afin de commenter et corriger ce mémoire.

Merci à ma belle famille, pour votre écoute et vos encouragements : à Delphine, ma belle-sœur, Pascal, mon beau père et Sylvie, ma belle mère. Sylvie, un merci spécial pour les heures consacrées à la révision linguistique de ce mémoire.

Finalement, le plus grand des mercis à ma famille et qui a su croire en mes ambitions et me soutenir tout au long de mon parcours. Merci à mes grands-mères pour votre enthousiasme: Candida, pour la compagnie pendant les heures de rédaction et le réconfort ; à Murielle pour ses encouragements et sa foi en mes capacités. À mon frère Diego et mon copain Félix, merci de votre patience et de m'avoir soutenue avec calme, même dans les moments les plus houleux. Ma mère Martine, mon père Benito, votre appui, votre écoute et votre support sont essentiels à mon bien-être et à ma réussite. Merci de me pousser toujours plus loin, merci de me faire confiance, puis merci d'avoir tout fait pour permettre à mon frère et moi de poursuivre des études graduées.

Encore une fois, merci à tous, du fond du cœur.

INTRODUCTION

Une première ligne forte est associée avec un système de santé performant (Starfield et al., 2005; Kringos et al., 2013). La littérature met en évidence que « [...] des soins de santé primaires de qualité sont importants pour améliorer [les résultats] en santé, contrôler les dépenses en santé et réduire les iniquités en santé » [traduction libre] (Jantrana et Crampton, 2009, p. 287).

La première ligne est la porte d'entrée d'un système de santé (Crooks et al., 2012 ; CSBE, 2009 ; Jatrana et al., 2011). Plusieurs professionnels peuvent être mis à contribution en première ligne. Les médecins de famille sont souvent les professionnels le plus sollicités en première ligne. Par exemple, la moitié des personnes consultant un médecin de famille pour des problèmes de santé mentale ont consulté que ce type de professionnel (Lesage & al., 2006).

L'affiliation à un médecin de famille est une entente de prise en charge médicale entre le patient et le médecin. Ce dernier devient alors responsable du suivi médical du patient.

D'ailleurs, l'affiliation à un médecin de famille comporte de nombreux avantages qui sont largement documentés. Notamment, les médecins de famille donnent accès aux soins spécialisés tels que la deuxième et la troisième ligne. En effet, pour la majorité des références à un spécialiste, une référence d'un médecin de famille est nécessaire. De plus, l'affiliation à un médecin de famille permet d'avoir accès à des soins de prévention et de promotion de la santé (Jatrana et al., 2011; Ostbye et Hunskaar, 1997). Par exemple, ceux-ci peuvent faire de l'enseignement sur les bonnes habitudes de vie ou vacciner pour la grippe. Également, une meilleure adhésion à la médication et une meilleure gestion des maladies chroniques ont été observées chez les personnes avec une affiliation à médecin de famille (Jatrana et al., 2011 ; Nutting et al. , 2003). De plus, il apparaît que la diminution des visites à l'urgence est associée avec l'affiliation à un médecin de famille (Fung et al.,

2015 ; Petterson et al., 2009 ; Nutting et al. , 2003). Finalement, avoir un suivi avec un médecin de famille est lié à l'augmentation de la satisfaction des soins de santé de la personne (Jatrana et al., 2011; Nutting et al. , 2003 ; CSBE, 2009).

Les personnes n'ayant pas d'affiliation à un médecin de famille, nommées patients orphelins, se retrouvent alors avec des entraves quant à l'accès à la majorité du système de santé, en plus de se voir privées de la stabilité et de la coordination que peut prodiguer ce professionnel.

Cette étude vise à identifier les facteurs associés aux délais d'attente pour l'obtention d'un médecin de famille par l'entremise des listes d'attente centralisées. Ainsi, cette étude pourra montrer s'il existe des iniquités quant à l'accès à un médecin de famille via une liste d'attente centralisée.

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

1.1 L'affiliation à un médecin de famille : Une problématique canadienne

L'affiliation à un médecin de famille est un élément incontournable de la première ligne (Hollander et al., 2009) et est associée à une source de soins régulière qui améliore l'accessibilité aux soins de santé spécialisés, lorsque le besoin se présente (Starfield, 1992), bonifiant ainsi la qualité et la performance des systèmes de santé (Smith et al., 2009). Pour la majorité des personnes, il s'agit du premier point de contact avec le système de santé (Jantrana et Crampton, 2009).

Les pays pratiquant l'affiliation aux médecins de famille, le fondement de leur approche en première ligne, comme le Royaume-Unis, voient une expérience positive par rapport à l'amélioration de l'accès aux soins. Notamment, ces pays obtiennent de bas niveaux de besoins de santé non satisfaits, et ce, sans avoir de discriminations entre les différents groupes socio-économiques (OECD/*European Observatory on Health Systems and Policies*, 2017).

L'affiliation à un médecin de famille est définie comme une entente entre la personne qui reçoit des soins et le médecin (Randall et al., 2012 ; Breton et al., 2017). Ce dernier devient alors responsable des soins de la personne et l'affiliation vise alors une continuité relationnelle, ainsi qu'une meilleure coordination des soins qui lui sont associés.

Le Canada présente l'un des plus faibles taux d'affiliation à un médecin de famille dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). En effet, seulement 85% de la population canadienne dit avoir un médecin de famille (CSBE, 2016). En comparaison, en France, de même que dans les Pays-Bas, 99% de leur population est affiliée à un médecin de famille (CSBE, 2016). L'Allemagne affiche un taux d'affiliation de 98% de sa population générale chez les personnes recensées (CSBE, 2016).

Le Québec, quant à lui, présente un faible taux de 75% d'affiliation à un médecin de famille. Ce taux est encore plus faible que le taux observé aux États-Unis (78%), qui ne détient pas un système de santé à couverture universelle.

Par définition, un patient orphelin est un patient qui n'a pas de médecin de famille (Health Analytics Branch, 2009). Être orphelin implique de solliciter différentes sources de soins afin d'avoir accès à des soins de santé (Randall et al., 2012). Par exemple, les patients orphelins peuvent obtenir des soins dans des cliniques sans rendez-vous, des urgences, ou encore, avoir des spécialistes comme source principale de soins. Cela implique, dans la majorité des cas, une diminution d'accès aux soins préventifs et à la promotion de la santé (McIsaac et al., 2001). Il faut aussi noter que ces personnes sont souvent confrontées à n'avoir aucune continuité ni coordination de leurs soins. La principale raison donnée par 65% des patients orphelins pour justifier le fait qu'ils n'aient pas de médecin de famille était qu'il était impossible pour eux de s'en trouver un (Dubé-Linteau et al., 2013). D'autres raisons invoquées pour ne pas avoir de médecins de famille étaient par exemple: un médecin ayant quitté (26%), une personne ayant déménagé (13%) ou une personne n'ayant pas encore cherché de médecin (21%) (Dubé-Linteau et al., 2013).

En réponse au grand nombre de patients orphelins, sept provinces canadiennes ont mis en place des listes d'attente centralisées afin d'avoir accès à un médecin de famille. La mise en place de ces listes d'attente centralisées à travers le Canada montre que les provinces ont opté pour des stratégies similaires pour aider les patients orphelins à se trouver un professionnel en première ligne. Le tableau 1 donne un aperçu de la date d'instauration des listes d'attente pour l'affiliation des patients orphelins. À ce jour, aucune étude n'a porté sur les délais d'affiliation à un professionnel de première ligne via ces listes d'attentes centralisées selon les caractéristiques des patients.

Tableau 1.

Listes d'attente centralisées pour l'affiliation des patients orphelins implantées au Canada
adapté de Smithman et al. (2018)

Année d'implantation	Province	Nom des listes d'attentes centralisées
2016	Nouvelle-Écosse	Need a family practice
2015	Colombie-Britannique	A GP for Me
2013	Manitoba	Family Doctor Finder
2013	Nouveau-Brunswick	Patient connect NB
2009	Ontario	Health care connect
2008	Québec	Guichet d'accès à un médecin de famille
1998	Île du prince Édouard	Patient registry program

1.2 Les guichets d'accès aux clientèles orphelines (GACO)

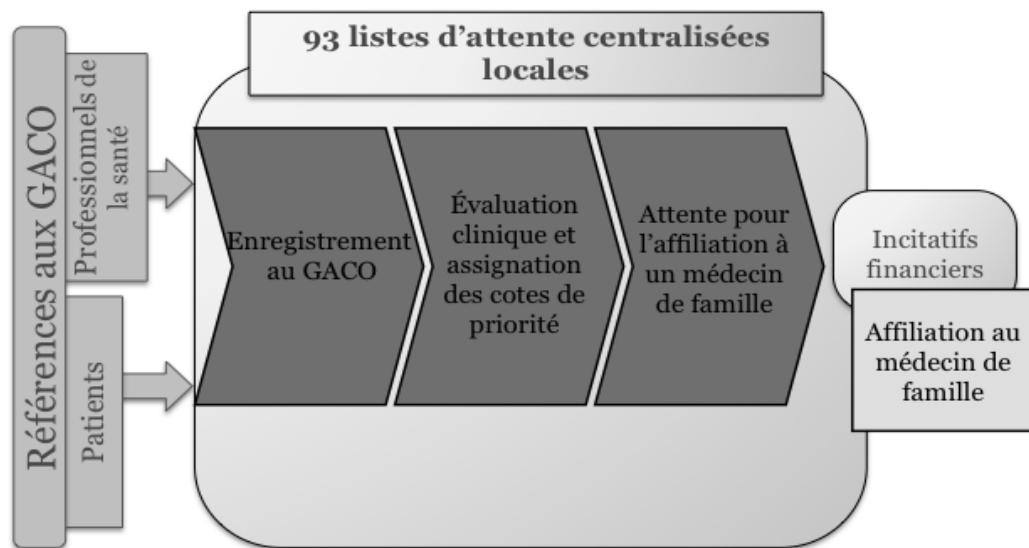
En 2008, les guichets d'accès aux clientèles orphelines (GACO) ont été mis en place au Québec. Ceux-ci ont été implantés à l'échelle de la province, totalisant 93 listes d'attente centralisées. Les deux objectifs principaux des GACO étaient d'augmenter le nombre total d'affiliations à un médecin de famille dans la population, ainsi que de prioriser les clientèles vulnérables (Breton et al., 2017 ; Borges Da Silva et al., 2015).

Le fonctionnement des GACO est illustré à la figure 1. Une personne peut se référer elle-même au guichet d'accès ou être référée par un professionnel de la santé. Jusqu'en 2013, il était également possible qu'un médecin se réfère à lui-même un patient au guichet d'accès pour une affiliation immédiate, soit l'autoréférence (Breton et al., 2015). Un exemple de fiche de référence aux GACO est présent à l'annexe 1. L'enregistrement de la personne dans la base de données, le Système d'information du guichet d'accès aux clientèles orphelines (SIGACO), est fait par une agente administrative. Cela a pour but d'y inscrire les informations personnelles de la personne. Celle-ci est alors considérée comme «en attente» à partir du moment de l'enregistrement initial. Une évaluation infirmière détaillée est alors conduite afin de déterminer une cote de priorité et d'indiquer les codes de vulnérabilité. Cette cote vise à prioriser les personnes plus vulnérables sur la liste d'attente

puisque les infirmières identifient les problématiques de santé de la personne (codes de vulnérabilité) et donnent une recommandation quant au temps d'attente pour obtenir un médecin de famille. Les patients sont alors jumelés aux médecins selon un processus de priorisation. Les coordonnateurs médicaux choisissent les patients correspondant aux demandes et préférences des médecins. Les médecins peuvent ensuite choisir les patients qu'ils désirent prendre en charge. Des incitatifs financiers sont associés à la participation à l'affiliation de patients orphelins, via les listes d'attente centralisées. La prise en charge de patient vulnérable, avec au moins une problématique de santé ou d'une personne de plus de 70 ans, permet d'obtenir un incitatif plus important. Au Québec, l'affiliation est officialisée par une inscription de la personne sous le nom du médecin au sein de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) (RAMQ, 2015).

Figure 1.

Guichet d'accès aux clientèles orphelines



Depuis leur implantation, le nombre de personnes inscrites sur les listes d'attente centralisées est en constante augmentation. À ce jour, 504 243 patients sont en attente pour avoir un médecin de famille sur les listes d'attentes centralisées du Québec (RAMQ, 2019).

Peu d'écrits existent sur l'évaluation de l'implantation des listes d'attente centralisées pour l'accès aux médecins de famille.

L'objectif général de ce mémoire est de documenter les facteurs influençant les délais d'attente pour l'affiliation à un médecin de famille via les listes d'attente centralisées. Les études à ce jour sur les GACO au Québec n'ont pas exploré les facteurs individuels des patients, tels que les facteurs prédisposants, facilitants et de besoins, qui influencent le comportement de demandes de soins de santé, dans ce cas précis, les délais d'affiliation à un médecin de famille. L'identification des facteurs individuels associés aux délais d'affiliation permettra de déterminer la présence d'iniquité socio-économique et si la priorisation se fait en fonction des facteurs de besoin.

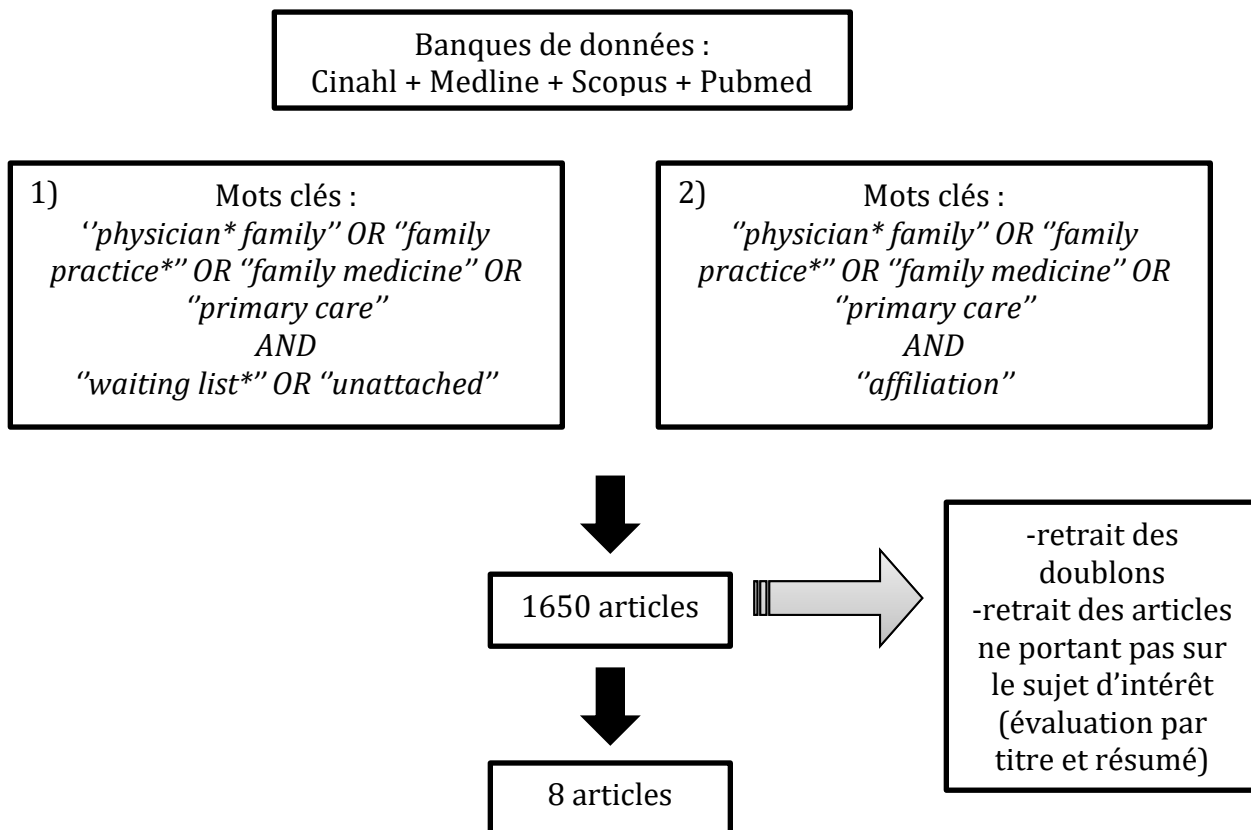
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS

2.1 Stratégie de recherche documentaire sur les listes d'attente centralisées pour l'affiliation à un médecin de famille

Le sujet des listes d'attente centralisées pour les médecins de famille est très peu documenté. Pour la stratégie de recherche documentaire, une approche plus large était nécessaire. La recherche documentaire a été effectuée en deux temps. Dans un premier temps, le sujet de recherche ciblait l'accessibilité au médecin de famille et les patients orphelins (voir figure 2). Dans un second temps, la cible était le terme affiliation et les médecins de famille (voir figure 2).

Figure 2.

Stratégie de recherche documentaire



Cette approche en deux temps a permis de passer de 0 résultat, pour une recherche combinée, à 1650 résultats, pour la recherche en deux temps. La recherche documentaire a été effectuée dans trois bases de données, soit Cinahl, Medline, Pubmed et Scopus. La pertinence des articles a ensuite été évaluée en fonction des titres. Seuls les articles en français ou en anglais ont été retenus. Le retrait de plusieurs doublons a aussi été nécessaire. Les résumés des articles ont été évalués et huit articles ont été retenus comme étant les plus pertinents au sujet de recherche. Seulement quatre articles concernaient directement les listes d'attente centralisées pour l'affiliation à un médecin de famille. Des enquêtes populationnelles documentant les facteurs associés au fait d'avoir un médecin de famille ont été conservées. Les huit articles en question sont présentés au tableau 2.

Tableau 2

Recension des études les plus pertinentes

Auteurs	Titres	Journaux	Intérêts
Breton & al. (2015)	<i>Who gets a family physician through centralized waiting lists?</i>	<i>BMC Family Practice</i>	Performance listes d'attente centralisées
Breton & al. (2017)	<i>Assessing the performance of centralized waiting lists for patients without a regular family physician using clinical-administrative data.</i>	<i>BMC Health Services Research</i>	Performance listes d'attente centralisées
Breton & al (2018)	<i>Family physicians attaching new patients from centralized waiting lists : a cross sectional study.</i>	<i>Journal of Primary Care & Community Health</i>	Participation des médecins de famille aux listes d'attente centralisées
Smithman & al (2018)	<i>Area deprivation and attachment to a general practitioner through centralized waiting lists: a cross-sectional study in Quebec, Canada.</i>	<i>BMC International Journal for Equity in Health</i>	Impact des types de défavorisations sur les délais d'attente et l'affiliation à un médecin de famille via les listes d'attente centralisées
Hay, Pacey, Bains & Ardal (2010)	<i>Understanding the unattached population in Ontario: evidence from the Primary Care Access Survey (PCAS).</i>	<i>Healthcare Policy</i>	Caractéristiques patients orphelins
Jatrana & Crampton (2009)	<i>Affiliation with a primary care provider in New Zealand: who is, who isn't.</i>	<i>Health Policy</i>	Caractéristiques patients orphelins
McRae, Yen, Gillespie & Douglas (2011)	<i>Patient affiliation with GPs in Australia--who is and who is not and does it matter?</i>	<i>Health Policy</i>	Caractéristiques patients orphelins
Talbot & al., (2001)	<i>Canadians without regular medical doctors. Who are they?</i>	<i>Canadian Family Physician</i>	Caractéristiques patients orphelins

2.2 Les listes d'attente centralisées pour les médecins de famille

Les résultats de la revue de littérature montrent que le sujet des listes d'attente centralisées pour l'affiliation des patients orphelins à un médecin de famille était très peu documenté. En effet, seulement quatre études portant sur les listes d'attente centralisées pour l'affiliation à un médecin de famille ont été répertoriées (Breton et al, 2015; Breton et al, 2017; Smithman et al., 2018; Breton et al, 2018). D'ailleurs, deux de ces études analysent la performance des listes d'attente centralisées. Ces études notent une diminution de la référence des patients vulnérables, conséquemment aux changements de politiques régissant le fonctionnement des listes d'attente centralisées pour les patients orphelins. Une de ces études (Smithman et al., 2018) analyse l'influence des caractéristiques sociodémographiques des patients inscrits sur les listes d'attente centralisées, sur l'affiliation à un médecin de famille. Finalement, la dernière étude analyse les caractéristiques des médecins participant à la prise en charge médicale des patients orphelins via les listes d'attente centralisées (Breton et al., 2018).

L'article de Breton et al. (2015) analyse l'impact de l'introduction de nouveaux incitatifs financiers sur le nombre d'affiliations des patients via les GACO (N=494 697). Cette étude relève, entre 2008 et 2013, une augmentation du nombre total d'affiliations aux médecins de famille après l'introduction de nouveaux incitatifs financiers, en 2011. Par contre, une diminution importante de l'inscription des patients vulnérables est observée après ce changement de politique. En effet, le nombre de patients vulnérables affiliés passe de 70% à 30% après 2011. Cette étude relève aussi une augmentation du phénomène d'autoréférence, qui permet à un médecin d'inscrire lui-même un patient sur la liste et de le prendre en charge par la suite, tout en touchant l'incitatif financier pour la prise en charge médicale d'une personne sur les listes d'attente centralisées. Les limitations de cette étude résidaient principalement dans la non disponibilité d'informations de la banque clinico-administrative provinciale. En effet, des informations telles que l'âge, le sexe et la région étaient manquantes. Ainsi, seulement des données agrégées au niveau provincial ont pu être analysées (Breton et al., 2015).

La deuxième étude de Breton et al. (2017) porte sur une analyse des données clinico-administratives de 86 listes d'attentes centralisées, entre 2013-2014. Celle-ci évalue la performance de l'implantation des listes d'attentes centralisées pour les patients orphelins du Québec (N=152 625), plus spécifiquement la performance des listes d'attente centralisées, selon la méthode du *Balenced Scorecard*. Cinq critères de performance étaient à l'étude soit : les nouvelles demandes pour un médecin de famille, les patients en attente d'un médecin de famille, le changement du nombre de patients en attente d'un médecin de famille, les patients affiliés à un médecin de famille par l'entremise des listes d'attente centralisées et les patients vulnérables affiliés à un médecin de famille via les listes d'attente centralisées. Cette étude soulève notamment que le nombre de nouvelles demandes (260 046 demandes) excède largement le nombre d'affiliation (152 625 patients affiliés). De plus, leurs résultats montrent une corrélation inverse entre l'augmentation du nombre de patients inscrits et la diminution du nombre d'affiliations de patients vulnérables. Finalement, au Québec, ils ont remarqué une grande hétérogénéité en ce qui concerne la performance des différentes listes d'attente centralisées, entre autres, une grande variabilité dans la performance des listes d'attente en fonction des territoires qui leur étaient associés. Les limites de cette étude sont liées au manque d'information de la banque de données clinico-administratives qui empêche la possibilité de tracer un portrait complet des GACO (Breton et al., 2017). En effet, le manque de données sur les profils individuels des patients force une analyse de données agrégé. De plus, la dichotomie de la vulnérabilité (soit vulnérable ou non vulnérable) ne permet pas de comparer les patients vulnérables entre eux (par rapport à leur problématique de santé par exemple).

La troisième étude, conduite par Smithman et al. (2018) utilise les données clinico-administratives des listes d'attentes de cinq régions entre 2013 et 2015, portant sur 24 958 personnes ayant été référées à un médecin de famille et 49 901 non-référées, afin d'évaluer s'ils diffèrent sur l'indice de défavorisation du quartier de résidence, un proxy du statut socio-économique des patients. Les analyses ont été contrôlées pour l'âge, le sexe, le territoire local et des facteurs associés aux besoins de santé. Les analyses montrent que les personnes provenant d'un quartier plus avantage socialement ont plus de chance d'être affiliées à un médecin de famille. À l'inverse, les personnes provenant d'un quartier plus

avantagé matériellement avaient moins de chance d'être affiliées à un médecin de famille qu'une personne provenant d'un quartier matériellement défavorisé. Finalement, cette étude a également révélé un gradient favorisant les personnes avantagées matériellement quant au temps d'attente pour l'affiliation à un médecin de famille. Les limites spécifiques à cette étude résidaient surtout dans l'utilisation d'un proxy pour évaluer le statut socio-économique des personnes incluses dans l'échantillon (Smithman et al., 2018). Cela rend possible l'attribution d'un mauvais statut socio-économique sur le plan individuel. Aussi, l'utilisation d'un proxy pour une région semi-urbaine peu sous-estimer le niveau de défavorisation (Pampalon et al., 2009).

La dernière étude portant spécifiquement sur les listes d'attente centralisées pour les médecins de famille est l'étude de Breton et al. (2018). Cette étude vise à explorer l'association entre les caractéristiques des médecins et leur participation à la prise en charge médicale de patients inscrits sur les listes d'attente centralisées. À l'aide de données clinico-administratives de cinq territoires entre 2013 et 2015 (N= 580 médecins de famille), ils observent l'impact des années d'expérience et du contexte de pratique des médecins de famille sur le nombre de patients vulnérables et non vulnérables affiliés sur les listes d'attente centralisées. Les résultats montrent que les médecins ayant de 0 à 4 ans d'expérience prenaient en charge un plus grand nombre de patients. Les auteurs expliquent cela par le fait que les jeunes médecins de famille ont besoin d'un grand nombre de patients pour bâtir leur charge de cas. Les médecins ayant 20 ans et plus d'expérience représentaient près de la moitié des médecins participant à l'affiliation de patients par l'entremise des listes d'attente centralisées (Breton et al., 2018). Les médecins travaillant dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) prennent en charge 19% plus de patients vulnérables que des médecins travaillant dans d'autres modèles cliniques. Les limitations de cette étude inclut notamment le manque de données dans la banque clinico-administrative spécifiques aux caractéristiques des médecins telles qu'une pratique seule ou en groupe, l'âge, le genre, la complexité et la taille de la charge de cas actuels des médecins qui pourrait influencer leur participation. Aussi, seuls les médecins participant au GACO ont été pris en compte dans l'étude. Aucune information n'était disponible en ce qui

concerne les médecins ne participant pas dans les GACO, ce qui empêche de comparer des caractéristiques spécifiques entre les médecins participants et ceux qui ne participent pas.

2.3 Les caractéristiques des patients orphelins (sans médecin de famille)

Les résultats de la recension des écrits sur les caractéristiques des patients orphelins révèlent l'influence des facteurs prédisposant et facilitant l'affiliation à un médecin de famille. Notamment le sexe, l'âge, le statut migratoire, le niveau d'éducation, le tabagisme, la situation matrimoniale, la classe sociale et la région de résidence ont une influence sur l'affiliation à un médecin de famille.

La première étude porte sur l'étude des caractéristiques des Canadiens qui n'ont pas de médecin régulier. En effet, une analyse secondaire de l'enquête nationale sur la santé des populations du Canada (Talbot et al., 2001) (N=14 384 répondants) révèle que 14% des Canadiens questionnés indiquent ne pas avoir de médecin de famille (Talbot et al., 2001). Les hommes sont deux fois plus susceptibles de ne pas avoir de médecin de famille (OR 2,25; 95% IC : 2,02-2,51). Les personnes non mariées (OR 1,59; 95% IC : 1,42-1,78), immigrantes depuis moins de 4 ans (OR 2,00; 95% IC : 1,49-2,68), ceux se disant en meilleure santé (OR 1,70; 95% IC : 1,34-2,15), les fumeurs (OR 1,17; 95% IC : 1,05-1,31) et les personnes sans confident (OR 1,27; 95% IC : 1,01-1,48) sont moins susceptibles d'avoir un médecin de famille. Les personnes résidentes des provinces de l'est du pays, tel que le Québec, sont moins enclines à avoir un médecin de famille (OR 4,97; 95% IC : 4,31-5,74), soit près de 5 fois moins de risque que l'Ontario. Cette étude comportait plusieurs limites. Par exemple, la question posée au participant était : «avez-vous un médecin régulier?» [traduction libre] (Talbot & al., 2001, p. 64). Ainsi, il est impossible de faire la différence entre une source de soins réguliers et un médecin de famille. Il s'agit également de données auto rapportées. De plus, compte tenu du contexte de l'étude qui a été réalisée sous forme de sondages téléphoniques, plusieurs groupes de personnes ont été exclus de l'étude, soit les personnes autochtones, les personnes des Forces armées canadiennes et les personnes n'ayant pas de téléphone, telles que les personnes itinérantes.

À l'aide du Primary Care Access Survey (PCAS), la seconde étude visait à décrire l'accès aux soins primaires en Ontario, en comparant les patients ayant des médecins de famille aux patients orphelins (N=16 560). L'étude utilise le cadre conceptuel d'Andersen et Newman (1973, 1995) sur l'accès et l'utilisation des services de santé (Hay et al., 2010) (voir page 16). Elle révèle que 93% de la population ontarienne se dit inscrite à un médecin de famille (Hay et al, 2010). Les personnes n'ayant pas de médecin de famille étaient plus susceptibles d'être des hommes, récemment immigrés, ne rapportant pas de condition chronique. Aussi, l'étude rapporte que les personnes habitant au nord de la province étaient moins affiliées à un médecin de famille comparativement aux personnes habitant le sud de la province ontarienne. L'utilisation des numéros téléphoniques à ligne fixe a été préconisée pour cette étude. Les personnes n'ayant donc pas de téléphone ou utilisant exclusivement un téléphone cellulaire n'étaient donc pas incluses dans l'échantillon.

La troisième étude réalisée en Australie porte sur un échantillon de N=1146 représentatif de la population générale, et a pour but : « ... [d'] examiner quels [types] de patients sont affiliés avec un médecin omnipraticien et de vérifier si ceux-ci reçoivent des soins en prévention de la santé [...] » [traduction libre] (McRae et al., 2011, p. 16). Cette étude révèle que les personnes ayant un plus grand taux d'affiliation aux médecins de famille sont les personnes plus âgées, les personnes qui habitent une région urbaine, les étudiants à temps plein ou les personnes à la retraite, ceux qui se disaient en bonne santé, les personnes détentrices d'une assurance de santé privée, les personnes non-fumeuses et celles qui étaient satisfaites de leur dernière visite chez le médecin. Également, les personnes faisant partie de la classe moyenne ont moins tendance à être affiliées à un médecin de famille. Finalement, les chercheurs ont trouvé que le genre n'était pas significatif dans leur étude.

La dernière étude fut réalisée en Nouvelle-Zélande. Elle visait à déterminer les caractéristiques des personnes affiliées ou non à un fournisseur de soins de première ligne. Cette étude transversale permet une analyse secondaire des données de l'enquête nationale *Survey of Family Income and Employment* (SoFIE) (N= 17 145). Cette étude révèle que la majorité de la population de 15 ans et plus est affiliée à un fournisseur de soins de première ligne, soit 91,3% (Jatrana et Crampton, 2009). De plus, les femmes sont plus affiliées que

les hommes (OR 0,45; IC 0,38 -0,48). Les personnes âgées sont les personnes plus affiliées à un fournisseur de soins de première ligne (OR 5,14; IC 3,59-7,36). Les personnes les moins affiliées à un fournisseur de soins de première ligne sont les personnes qui ne se sont jamais mariées (OR 0,48 IC 0,41- 0,57), les fumeurs (OR 0,79; IC 0,68-0,91), les personnes ayant un degré de scolarité postsecondaire (OR 0,65 ; IC 0,55-0,76); ainsi que les groupes ethniques asiatiques (OR 0,47; IC 0,38-0,57). Cette étude n'a pas trouvé de résultats significatifs concernant l'influence du niveau de défavorisation (évalué par le NZDep, un index associé à des quartiers afin d'estimer la défavorisation économique) sur l'affiliation à un fournisseur de soins de première ligne.

2.4 Forces et faiblesse de la recension des écrits.

2.4.1 Forces de la recension des écrits

La recension des écrits présentée dans ce mémoire contient plusieurs forces. En effet, les analyses des études comptent des échantillons à large échelle, ce qui favorise une meilleure représentativité des populations cibles. Par ailleurs, cela assure une grande puissance statistique.

Autrement, les études sont produites en contexte canadien ou dans un système de santé similaire au contexte canadien. Par exemple, l'Australie et la Nouvelle-Zélande détiennent un système de santé à couverture universelle, comme le Canada, ce qui favorise la comparaison des résultats et l'applicabilité à notre contexte. Plusieurs études de la recension bénéficient de l'utilisation d'un cadre conceptuel. D'ailleurs l'étude de Hay et al. (2010) utilise le cadre d'Andersen et Newman, sur l'accès/utilisation des services en santé, ce qui appuie le choix d'adaptation de ce cadre conceptuel dans la préparation de ce mémoire.

Finalement, plusieurs déterminants sociaux sont présentés dans la recension. Cela permet une vue plus globale sur ce qui influence, au niveau des caractéristiques individuelles, l'affiliation à un médecin de famille.

2.4.2. Faiblesses de la recension des écrits

Le sujet des listes d'attente centralisées en première ligne est très peu documenté. À notre connaissance, les listes d'attente centralisées pour faciliter l'affiliation à un médecin de famille existent seulement au Canada. De plus, le peu d'articles portant spécifiquement sur les listes d'attente centralisées en première ligne n'explorent que des données agrégées. En effet, cela ne permet pas une exploration des données fines individuelles.

D'autre part, les études portant sur les caractéristiques des patients orphelins n'explorent pas spécifiquement le contexte de listes d'attente centralisées. Aussi, ces données proviennent d'études sous forme d'enquêtes populationnelles. Elles sont réalisées par sondages téléphoniques. Cela ne permet pas de recenser toute la population. Une partie très vulnérable de celle-ci, n'est donc pas incluse dans les analyses, par exemple, les personnes qui n'ont pas de téléphone, les personnes avec des problèmes d'auditions ou encore les personnes en situation d'itinérance. Ces études excluent aussi les enfants. Par ailleurs, ces études explorent plusieurs données intéressantes telles que le sexe, l'âge, l'immigration, l'éducation, le tabagisme, la situation matrimoniale, la classe sociale et la région. Par contre, ces données se limitent aux facteurs prédisposants et facilitants du cadre d'Andersen et Newman (1973, 1995). Ainsi, à notre connaissance, aucune étude à ce jour n'explorent l'influence des facteurs de besoins sur l'affiliation à un médecin de famille ni la notion de temps d'attente pour l'affiliation à un médecin de famille.

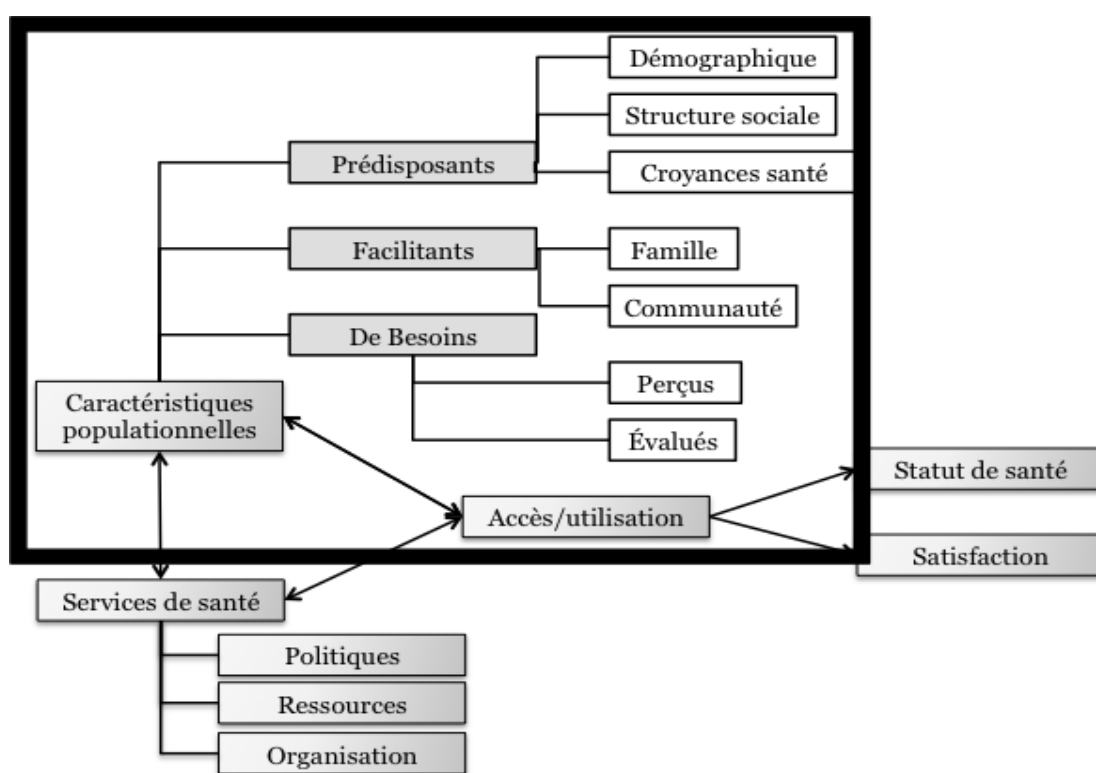
2.5 Cadre théorique

Le cadre conceptuel utilisé est une adaptation du cadre conceptuel d'Andersen et Newman (Andersen et Newman, 1973 ; Andersen 1995 ; Andersen et Newman, 2005) qui postule que les facteurs prédisposants, facilitants et de besoins influencent le comportement de demande et de l'utilisation des soins de santé. La figure 3 présente notre adaptation du cadre conceptuel utilisé pour l'étude. Dans ce modèle, on voit que les caractéristiques divisées en facteurs prédisposants (démographique), facilitants (communauté) et de besoins

(perçus et évalués) vont influencer la demande de soins de santé, soit dans ce cas-ci, obtenir un médecin de famille. Andersen et Newman stipulent que des iniquités naissent lorsque l'accès aux services varie en fonction des facteurs tels que la structure sociale et les facteurs facilitateurs (par exemple : statut socio-économique).

Figure 3

Cadre théorique : accès au médecin de famille via les listes d'attente centralisées, une adaptation d'Andersen et Newman (1973, 1995, 2005)



Le modèle d'Andersen et Newman a été adapté de manière à sélectionner exclusivement les composantes pertinentes pour cette étude. En effet, dans le cadre de ce projet, seul l'aspect des caractéristiques populationnelles déclinées en trois catégories, soit les facteurs prédisposants, facilitateurs et de besoins et leurs effets sur l'accès/l'utilisation des services est considéré. Compte tenu de la nature de l'étude, qui porte sur le processus interne des listes d'attente centralisées, il était justifié de sélectionner cette partie du modèle et d'y

intégrer les variables à l'étude. Ainsi, le cadre conceptuel intègre l'influence de ces caractéristiques sur les délais d'attente pour l'affiliation aux médecins de famille.

À notre connaissance, aucune étude à ce jour n'explore l'influence des facteurs de besoins sur l'affiliation aux médecins de famille par l'entremise des listes d'attente centralisées.

CHAPITRE 3 : OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE RECHERCHE

3.1 Objectifs et hypothèses

L'objectif général de cette étude est d'explorer l'association entre les facteurs prédisposants, facilitants et de besoins qui influencent les délais d'attente pour une affiliation à un médecin de famille via l'entremise des GACO.

Les deux objectifs secondaires de l'étude étaient :

- I. Décrire la population/échantillon en fonction du statut de la demande (référé/attente).
- II. Explorer les associations entre les facteurs prédisposants, facilitants et de besoins et des délais de prises en charge médicales (affiliation).

L'hypothèse de recherche était que les facteurs de besoins influenceraient les délais d'attente pour une affiliation à un médecin de famille, et ce, malgré la mise en place des listes d'attente centralisées.

CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Le projet de recherche présenté dans ce mémoire utilise les données de la base clinico-administrative Système d'information du guichet d'accès aux clientèles orphelines (SIGACO). C'est ce système que les professionnels œuvrant dans les GACO utilisaient pour inscrire les patients sur la liste d'attente centralisée au Québec. Cette base de données constitue la liste d'attente. Elle y conserve et permet de gérer les données des personnes inscrites sur les listes d'attente pour l'affiliation à un médecin de famille. Les personnes qui y sont inscrites ont été référées ou sont en attente entre 2008 et 2015. Ce sont ces données qui ont été utilisées pour cette étude. Le système SIGACO a été utilisé dans tous les CSSS jusqu'en 2015, avant le transfert vers une liste d'attente provinciale unique, soit le Guichet d'accès au médecin de famille (GAMF).

4.1 Population à l'étude

Cette étude analyse les données de toutes les personnes inscrites sur les cinq territoires locaux de la grande région de Montréal sélectionnés (N= 129 547 patients). Trois territoires provenaient de la Rive-Sud de Montréal et deux de l'Île de Montréal. Pour faire une demande pour être sur la liste d'attente, il faut faire partie du territoire local (CSSS) et être un patient orphelin. Cependant, la personne doit fournir le numéro d'assurance maladie (NAM) de sa carte d'assurance maladie de la RAMQ, un numéro de téléphone ainsi qu'une adresse et un code postal.

La population cible de l'étude comporte toutes les personnes inscrites sur des listes d'attente centralisées du Québec pour l'affiliation à un médecin de famille. Toutes les personnes inscrites entre 2008 et 2015 des 5 GACO sélectionnés pour l'étude ont été incluses dans l'échantillon de cette étude.

4.2 Devis de recherche

L'étude était de type observationnel analytique. Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective.

4.3 Éthique

Cette étude s'inscrit dans un plus grand projet de recherche portant sur l'évaluation de l'implantation des guichets d'accès aux clientèles orphelines et ses effets, financé par le Fonds de recherche du Québec en Santé (FRQ-S) (Breton & al., 2014). L'approbation éthique pour cette étude principale est présentée à l'annexe 2. Cette étude est une analyse secondaire de la banque de données utilisée pour le projet mère. De ce fait, aucune approbation éthique ultérieure n'était requise.

La banque de données SIGACO est dénominalisée. On peut y retrouver le sexe de la personne, la date de naissance, le nom de la clinique de référence, le numéro de permis référé, la date d'attribution au médecin de famille, le nom du CSSS, le code postal de la personne, les codes de vulnérabilité (diagnostic de santé) ainsi que les cotes de priorités du GACO.

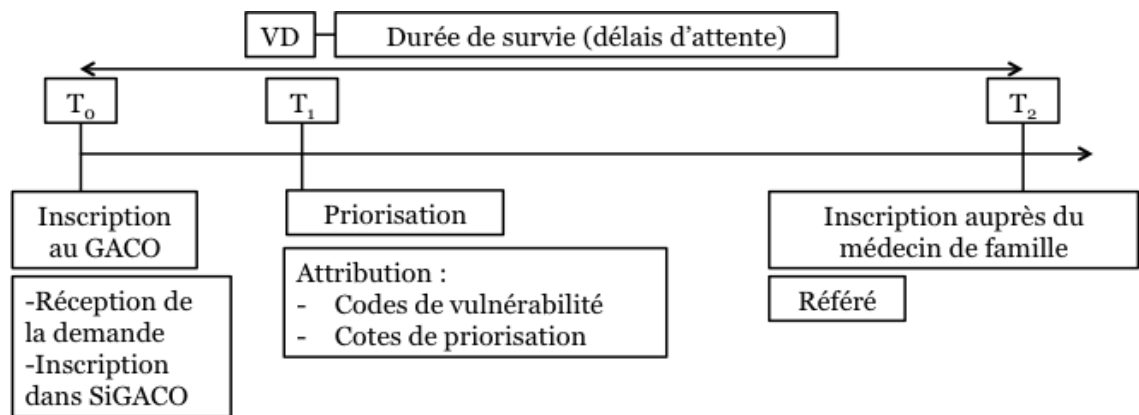
4.4 Les variables

4.4.1 Variable dépendante

Le délai d'attente est la seule variable dépendante de l'étude. En effet, celle-ci est calculée en jours en évaluant le temps écoulé entre la date d'inscription au GACO et la date d'affiliation à un médecin de famille (figure 4). La date de censure pour les personnes non référées au moment de la fin de l'étude est le 31 mars 2015.

Figure 4

Calcul de la durée de survie

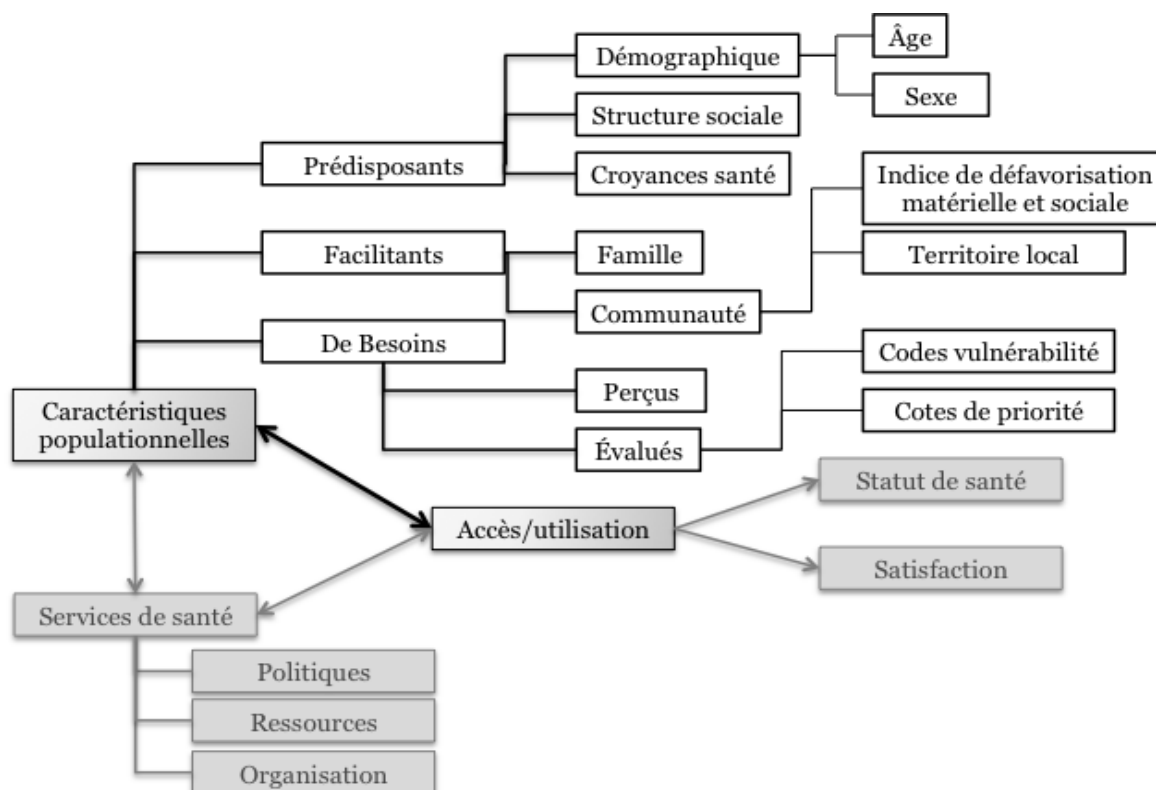


4.4.2 Variables indépendantes.

Afin de gagner en cohérence, les différentes variables indépendantes ont été catégorisées selon les facteurs prédisposants, facilitants et de besoins tel que proposé dans le cadre conceptuel utilisé pour notre étude (Andersen and Newman 1973; Andersen 1995) (voir figure 5).

Figure 5

Variables indépendantes inscrites selon une adaptation du cadre théorique d'Andersen et Newman



L'âge et le sexe de la personne constituent les facteurs **prédisposants**. Le sexe est présenté comme variable dichotomique, soit homme ou femme. L'âge, par contre, fut divisé en six catégories soient : 0-18 ; 19-25 ; 26-40 ; 41-64 ; 65-69 ; 70 et +. Les 65 ans à 69 et 70 et plus ont formé deux catégories afin de limiter les biais liés aux incitatifs financiers perçus par les médecins choisissant de prendre en charge médicalement une personne de 70 et plus.

La défavorisation sociale et matérielle ainsi que le territoire local se regroupaient sous la bannière des facteurs **facilitants**. L'indice de Pampalon a été déterminé en fonction des codes postaux dans la banque de données afin d'estimer la défavorisation sociale et matérielle. Un indice combiné du guide méthodologique de l'Institut national de la santé

publique (Gamache, Hamel, Pampalon, 2017) fut utilisé afin d'obtenir un indice global de défavorisation. La défavorisation est divisée en cinq catégories soient : très favorisé (1), favorisé (2), moyennement favorisé (3), défavorisé (4) et très défavorisé (5). La variable des territoires locaux représentait le territoire administratif des CSSS dans lequel le patient habite. Compte tenu de la sectorisation des soins au Québec, une personne était inscrite sur la liste d'attente qui correspondait à son code postal au moment de l'inscription.

Les cotes de priorités et la présence de comorbidité représentent les facteurs **de besoins** de l'étude. Les cotes de priorités sont déterminées en fonction de l'évaluation infirmière réalisée après l'inscription de la personne à la liste d'attente. La personne reçoit une cote de priorité classifiée entre P1 et P5 attribuée en fonction d'une recommandation du temps de prise en charge médicale. Le tableau 3 représente des précisions quant aux délais de prise en charge recommandée par le MSSS et la FMOQ en fonction de la cote attribuée. La variable comorbidité est celle qui illustre la présence d'un code de vulnérabilité. Ces codes de vulnérabilités sont en fait différentes problématiques de santé que présentent les patients. La RAMQ considère une personne étant une personne vulnérable dès qu'elle présente une problématique de santé ou qu'elle est âgée de plus de 70 ans. Une liste complète de ces codes de vulnérabilité, créés par la RAMQ, est présentée à l'annexe 3. Afin d'avoir une compréhension globale de l'impact de la vulnérabilité et de la nature des problématiques de santé sur le temps d'affiliation, les codes de vulnérabilités ont été regroupés en cinq catégories soient : les personnes en santé (aucune problématique), les personnes de 70 et + sans problème de santé, les personnes ayant des problèmes de santé mentale uniquement, les personnes ayant des problèmes de santé physique uniquement et les personnes présentant des problèmes de santé physique jumelés à des problèmes de santé mentale. L'annexe 4 indique quels codes de vulnérabilités ont été inclus pour chaque catégorie de la variable comorbidité.

Tableau 3

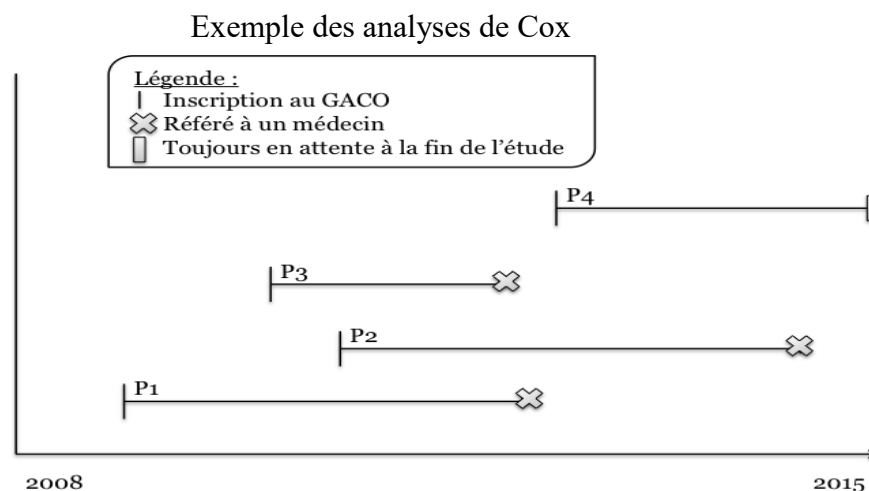
Délais d'attente recommandés en fonction des cotes de priorités

P1	Moins de 30 jours. Urgente.
P2	30 à 90 jours.
P3	Moins de 6 mois.
P4	Moins d'un an.
P5	Aucune recommandation par rapport à la prise en charge.

4.5 Analyses

Le statut de la demande indique si la personne est référée à un médecin de famille ou s'il elle est toujours en attente, soit orphelin à la fin de l'étude.

La population des différentes listes d'attente centralisées fut décrite à l'aide d'analyses descriptives, soit de fréquences et de tableaux croisés. Les différences de proportion quant aux caractéristiques des individus selon le statut de la demande ont été confirmées à l'aide des tests des chi-carré. Des analyses de survie (Cox) ont été menées afin d'étudier le temps (délais d'attente pour l'affiliation à un médecin de famille) en fonction des différentes variables indépendantes présentes dans les banques administratives. La figure 6 présente un exemple des analyses de Cox pour quatre patients de notre cohorte. Le logiciel SPSS version 23 fut utilisé afin de conduire les analyses de l'étude.

Figure 6

CHAPITRE 5 : RESULTATS

Le tableau 4 représente les caractéristiques des 129 547 personnes composant l'échantillon à l'étude.

Tableau 4

Les caractéristiques des individus selon le statut de l'affiliation à un médecin de famille

Variables	Catégories	Fréquences N=129 547	Référe N=75 847 (58.7%)	Attente N=53 563 (41,3%)	X ²	ddl	Sig.
Prédisposants							
Sexe	F	68 327 52,7%	39 484 30,5%	28 843 22,3%	44,795	1	<.001
	H	61 220 47,3%	36 500 28,2%	24 720 19,1%			
Age	0-18	22 854 17,6%	16 582 12,8%	6 272 4,8%	7163,162	5	<.001
	19-25	8 053 6,2%	4 094 3,2%	3 959 3,1%			
	26-40	29 551 22,8%	13 841 10,7%	15 710 12,1%			
	41-64	41 622 32,1%	21 739 16,8%	19 883 15,3%			
	65-69	7 715 6,0%	4 527 3,7%	3 188 2,5%			
	70 et +	19 752 15,2%	15 201 11,7%	4 551 8,5%			
Facilitants							
Défavorisation matérielle et sociale	1 (Très favorisé)	28 094 21,7%	14 122 10,9%	13 972 10,8%	2094,207	4	<.001
	2 (Favorisé)	21 562 16,6%	11 729 9,1%	9 833 7,6%			
	3 (Moyen)	22 358 17,3%	13 061 10,1%	9 297 7,2%			
	4 (Défavorisé)	20 883 16,1%	12 433 9,6%	8 450 6,5%			
	5 (Très défavorisé)	36 650 28,3%	24 639 19,0%	12 011 9,3%			

Région	GACO 1	24 344 18,8%	11 806 9,1%	12 538 9,7%	8359,745	4	<.001
	GACO 2	17 063 13,2%	11 312 8,7%	5 751 4,4%			
	GACO 3	31 371 24,2%	14 856 11,5%	16 515 12,7%			
	GACO 4	31 121 24,0%	17 310 13,4%	13 811 10,7%			
	GACO 5	25 648 19,8%	20 700 16,0%	4 948 3,8%			
Besoins							
Cotes de priorités	Missing	6 884 5,3%	0 0,0%	6 884 5,3%	24418,472	5	<.001
	P1 : Moins de 30 jours. Urgente.	4 498 3,5%	4 213 3,3%	285 0,2%			
	P2 : 30 à 90 jours.	23 444 18,1%	19 756 15,3%	3 688 6,9%			
	P3 : Mois de 6 mois	19 392 15,0%	15 084 11,6%	4 308 3,3%			
	P4 : Moins d'un an.	22 276 17,2%	9 984 7,7%	12 292 9,5%			
	P5 : Aucune recommandatio n de prise en charge	53 053 41,0%	26 947 20,8%	26 106 20,2%			
Comorbidité	1- En santé	83 250 64,3%	42 917 33,1%	40 333 31,1%	5007,681	4	<.001
	2- 70 ans et + sans problème de santé	7 638 5,9%	55 40 4,3%	2 098 1,6%			
	3- Santé mentale	11 099 8,6%	7 714 6,0%	3 385 2,6%			
	4- Physique seule	23 994 18,5%	17 574 13,6%	6 420 5,0%			
	5- Santé mentale et santé physique	3 566 2,8%	2 239 1,7%	1 327 1,0%			

En ce qui concerne les facteurs **prédisposants**, il y a plus de femmes (52,7%) que d'hommes (47,3%) enregistrés aux GACO. La plus grande proportion de personnes inscrites aux GACO se situe dans la tranche d'âge 41 à 64 ans (32,1%), suivi des 26 à 40 ans (22,8%). Les personnes de plus de 70 ans représentent 15,2% de l'échantillon et les 0 à 18 ans 17,6%.

En ce qui concerne les facteurs **facilitants**, la variable de défavorisation matérielle et sociale est divisée en cinq catégories, la plus nombreuse étant les personnes très défavorisées (28,3%). Les régions sont divisées en cinq GACO. Le GACO 2 étant le moins nombreux (13,2%) et les GACO 3 et 4 étant les plus nombreux (respectivement 24,2% et 24%).

En ce qui concerne les facteurs **de besoins**, la plus grande partie de l'échantillon détient une cote de priorité P5 (41%), ce qui signifie qu'ils n'ont pas de recommandation quant au temps de prise en charge. La cote P2, soit une prise en charge entre 30 à 90 jours, suit de tout près avec 18,1%. La cote la moins nombreuse est la P1, soit une prise en charge urgente (moins de 30 jours) avec 3,5%. Les personnes n'ayant pas de cote de priorité (5,3%) sont en attente d'en recevoir une (par l'évaluation de l'infirmière). Au niveau de la comorbidité, les personnes en santé représentent 64,3%. Les personnes de 70 ans et plus n'ayant aucune problématique de santé constituent 5,9% de l'échantillon. Les personnes ayant une problématique de santé physique forment 18,5% des personnes inscrites aux GACO à l'étude. Les personnes ayant des problèmes uniquement de nature de santé mentale représentent 8,6% et celles qui souffrent à la fois de problématiques de santé physique et de santé mentale représentent 2,8% de l'échantillon.

En ce qui concerne les facteurs **prédisposants**, 22,3% des personnes enregistrés sont des femmes en attente et 19,1% qui sont des hommes en attente. Autrement, les catégories d'âge de 26 à 40 ans et de 41 à 64 ans sont les plus nombreuses en termes d'attente (12,1% et 15,3% des personnes enregistrées, respectivement).

En ce qui concerne les facteurs **facilitants**, il y a un écart notoire entre le nombre de personnes référées (19%) et en attente (9,3%) uniquement dans la catégorie des personnes très défavorisées. Autrement, les territoires GACO 1 et GACO 3 sont les seuls CSSS ayant un plus haut taux de personnes en attente (9,7% et 12,7%) que de personnes référées (9,1% et 11,5%). Le GACO 5 détient un écart important entre le nombre de personnes en attente (3,8%) et le nombre de personnes référées (16%).

En ce qui concerne les facteurs **de besoins** pour la variable des cotes de priorités, aucune personne ayant une cote de priorité manquante n'est référée à un médecin de famille. La catégorie P4 est la seule cote de priorité ayant plus de personnes en attente (9,5%) que référées (7,7%). Dans un autre ordre d'idées, la variable comorbidité révèle que la catégorie santé physique montre un certain écart entre les personnes en attente (5%) et les personnes référées (13,6%). Par ailleurs, les personnes ayant un problème de santé mentale, seul ou jumelé à un problème de santé physique (catégories 3 et 5) ont un taux de personnes référé de 1,7% contre 1,0% en attente.

Finalement les tests de chi-carré sont tous significatifs, avec des résultats élevés pour l'âge, la comorbidité, la région et très élevés pour les cotes de priorités.

Le tableau 5 représente les *Hazard Ratio* (HR) des analyses de Cox en modèles bivariés et multivarié.

Tableau 5

Hazard Ratio des modèles bivariés et multivarié des variables indépendantes

Variables	Catégories	Bivariés	Multivarié
		HR (95%IC)	HR* (95%IC)
Prédisposants			
Sexe	F	Réf.	Réf.
	H	0,95 (0,93-0,96)	0,98 (0,97-0,998)
Âge	0-18	1,85 (1,81-1,88)	1,61 (157-1,64)
	19-25	0,99 (0,96-1,03)	1,10 (1,06-1,13)
	26-40	0,87 (0,86- 0,89)	0,89 (0,87-0,91)
	41-64	Réf.	Réf.
	65-69	1,21 (1,17- 1,25)	1,13 (1,09-1,17)
	70 et +	1,94 (1,90- 1,98)	1,21 (1,17-1,24)
Facilitants			
Défavorisation matérielle et sociale	1 (Très favorisé)	0,70 (0,69-0,71)	0,97 (0,95-0,99)
	2 (Favorisé)	0,76 (0,75-0,78)	0,98 (0,96-1,000)
	3 (Moyen)	0,85 (0,84-0,87)	0,96 (0,94-0,98)
	4 (Défavorisé)	0,85 (0,83-0,87)	0,94 (0,92-0,97)
	5 (Très défavorisé)	Réf.	Réf.
Région	GACO 1	0,48 (0,47- 0,49)	0,59 (0,57-0,60)
	GACO 2	0,74 (0,73- 0,76)	0,88 (0,86-0,87)
	GACO 3	0,43 (0,43- 0,44)	0,45 (0,44-0,46)
	GACO 4	0,60 (0,58- 0,61)	0,70 (0,69-0,72)
	GACO 5	Réf.	Réf.
De besoins			
Cotes de priorités	Missing	0,00 (0,00- 8,40)	0,00 (0,00-11,14)
	P1 : Moins de 30 jours. Urgente.	3,27 (3,16- 3,38)	2,94 (2,82-3,07)
	P2 : 30 à 90 jours.	2,35 (2,30- 2,39)	1,85 (1,80-1,90)
	P3 : Moins de 6 mois.	1,91 (1,87- 1,95)	1,66 (1,61-1,71)
	P4 : Moins d'un an.	0,79 (0,77- 0,81)	0,78 (0,76-0,79)
	P5 : Aucune recommandation pour la prise en charge.	Réf.	Réf.
Comorbidité	1- En santé non vulnérable	Réf.	Réf.
	2- 70 ans et + sans problème de santé	1,72 (1,67- 1,77)	1,25 (1,19-1,31)
	3- Santé mentale seule	1,48 (1,45- 1,52)	1,05 (1,02-1,09)
	4- Physique seule	1,70 (1,67- 1,73)	1,17 (1,13-1,20)
	5- Santé mentale et santé physique	1,27 (1,22- 1,33)	0,85 (0,81-0,89)

* Ajusté pour toutes les variables du modèle à l'étude.

En ce qui concerne les facteurs **prédisposants**, les hommes ont 2% moins de chance d'être affiliés à un médecin de famille que les femmes. Pour la variable âge, les HR suivent une distribution en forme de U. Cela signifie que les enfants ont 61% plus de risque d'être affiliés à un médecin de famille plus rapidement que le groupe de référence (les 41 à 64 ans). Pour leur part, les personnes âgées de 70 ans et plus détiennent 21% plus de chance d'être pris en charge plus rapidement que les personnes entre 41 à 64 ans. Ainsi, les 26 à 40 ans sont le groupe d'âge ayant le moins de chance d'être référé rapidement avec 12% moins de chance que le groupe de référence.

En ce qui concerne les facteurs **facilitants**, la défavorisation matérielle et sociale est associée à l'affiliation à un médecin de famille. Les personnes provenant d'un quartier très défavorisé sont plus rapidement affiliées que les autres groupes. De plus, en ce qui concerne les territoires locaux, le GACO 5 présente la plus grande chance d'affiliation rapide. Les GACO 1 et 3 sont les territoires locaux où les personnes risquent d'attendre le plus longtemps pour obtenir un médecin de famille.

En ce qui concerne les facteurs **de besoins**, les personnes qui reçoivent une cote de priorité urgente (P1) sont presque 3 fois plus à risque (HR 2,94; 95% IC : 2,82-3,07) d'être affiliés que ceux qui reçoivent une cote de priorité P5. Il existe une tendance décroissante dans le risque de temps de prise en charge de P1 à P3 lorsque comparée à P5. Les personnes recevant une cote P4, soit une recommandation de priorisation de moins d'un an, ont 28% moins de risque d'être affiliées que ceux recevant une cote P5, sans priorisation.

D'autre part, pour la variable de comorbidité, les personnes de 70 ans et plus sans problème de santé ont 25% plus de risque que le groupe de référence, les personnes en santé, d'être affiliées à un médecin de famille. En second rang, les personnes avec des problèmes de santé physique uniquement ont 17% plus de risque que le groupe de référence d'être affiliées (HR 1,16; 95% IC : 1,13-1,20). Les personnes avec des problèmes de santé mentale uniquement ont 5% plus de risque que les personnes en santé (HR 1,05; 95 % IC : 1,02-1,09) d'être affiliées. Finalement, les personnes ayant une comorbidité de santé mentale et physique ont généralement 17% moins de risque (HR 0,85; 95 % IC : 0,81-0,89)

d'être prises en charge par un médecin de famille que les personnes en santé via les listes d'attente centralisées.

Ces résultats tendent donc à valider l'hypothèse de recherche, qui était que les facteurs de besoins influencent les délais d'attente pour l'affiliation à un médecin de famille, malgré la mise en place des listes d'attentes centralisées.

CHAPITRE 6 : DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce mémoire montre des iniquités dans les délais d'affiliation à un médecin de famille par l'entremise des GACO selon différentes caractéristiques individuelles, organisationnelles et contextuelles.

Les listes d'attente centralisées sont largement utilisées pour mieux coordonner l'offre et la demande de services. Dans le domaine de la santé, les listes d'attentes centralisées ont largement été mises en place dans le domaine de la chirurgie (Hansen et al., 2014; Sieverdes, 2015). Cependant, le Canada est le premier pays à utiliser les listes d'attente centralisées pour l'affiliation à un professionnel en première ligne. Les écrits actuels détaillent l'impact des caractéristiques spécifiques au contexte d'implantation des listes d'attente centralisées et de leurs performances (Breton et al., 2015, 2017). Outre l'étude récente de Smithman et al. (2018), qui explore l'impact des caractéristiques socio-économiques des patients sur l'affiliation au médecin de famille via les listes d'attente centralisées, aucune étude ne s'est intéressée à l'influence qu'ont les facteurs de besoins sur les délais pour l'affiliation à un médecin de famille via les listes d'attente centralisées. Le peu de littérature disponible actuellement sur les listes d'attente centralisées pour obtenir un médecin de famille augmente le défi de la comparaison de nos résultats. La moyenne des délais d'attente pour l'affiliation à un médecin de famille des 93 GACO du Québec s'élève à 537 jours (SIGACO, 2016).

Cette étude met de l'avant l'analyse de l'impact des facteurs individuels influençant l'affiliation à un médecin de famille via les listes d'attente centralisées, ce qui n'a pas été réalisé à ce jour.

Les résultats de l'étude seront discutés en lien avec la conceptualisation d'Andersen et Newman (1973, 1995), soit selon les facteurs prédisposants, facilitateurs et de besoins.

6. 1 Facteurs prédisposants

En ce qui concerne le sexe, cette étude montre une iniquité selon les genres. En effet, les hommes vont avoir plus de risque d'attendre plus longtemps pour obtenir une affiliation avec un médecin de famille que les femmes. Une différence de 2% est observée entre les deux genres. Aussi, on remarque que les femmes sont inscrites en plus grand nombre sur les listes d'attente centralisées. Cela est cohérent avec la littérature qui démontre que les femmes vont chercher de l'aide plus rapidement et consulter plus fréquemment au cours de leur vie (Clearly et al., 1982; Verbrugge, 1985). Elles vont avoir accès à des soins préventifs notamment pour des suivis gynécologiques (test de pap), suivis de grossesse. Or, les hommes ont plus tendance à attendre un problème apparent avant d'aller consulter (Gijsbers van Wijk et al., 1992).

Nos résultats selon la variable de l'âge révèlent une association suivant une courbe en forme de U. Cette dernière n'illustre que les listes d'attente centralisées priorisant donc les enfants et les personnes âgées pour l'affiliation à un médecin de famille. Ces personnes sont, effectivement, plus vulnérables que d'autres groupes d'âge et gagnent particulièrement à avoir un suivi et une continuité de soins en première ligne (Nutting et al., 2003, Grabovschi et al., 2013). Cela épouse donc les recommandations ministérielles (FMOQ & MSSS, 2012). Il est à noter une différence de 8% entre les personnes ayant de 65 à 69 ans et les personnes de 70 ans et plus. L'incitatif financier accordé au groupe de 70 ans et plus détient un impact certain et favorise leur prise en charge. Le groupe d'âge qui attend le plus longtemps sur les listes d'attente centralisées est les 26-40 ans. Or, l'apparition de plusieurs maladies chroniques est possible dans cette tranche d'âge. L'affiliation à un médecin de famille serait donc bénéfique en termes de prévention et d'apprentissage de la gestion des maladies chroniques (Crooks et al., 2012).

6.2 Facteurs facilitants

Nos résultats n'ont pas suggéré d'iniquité socio-économique pour les personnes vivant dans les quartiers les plus défavorisés. La combinaison de l'indice de la défavorisation

sociale et matérielle a permis d'obtenir une idée de la défavorisation globale et de son impact sur la vitesse d'affiliation à un médecin de famille via les listes d'attente centralisées. Les résultats des analyses montrent que les personnes vivant dans les quartiers les plus défavorisés attendent moins sur les listes d'attente centralisées que ceux provenant des quartiers défavorisés, moyennement favorisés, très favorisés et, marginalement, de ceux provenant des quartiers favorisés. Donc, en général, les personnes des quartiers très défavorisés sont plus rapidement affiliées à un médecin de famille. D'autres ont documenté que la classe moyenne est celle qui a le moins d'affiliations en première ligne (McRae et al., 2011). Smithman et al. (2018) ont pour leur part trouvé que les listes d'attente centralisées favorisent un gradient qui avantage les personnes favorisées socialement, mais note une plus grande proportion de personnes ayant obtenues un médecin de famille pour des personnes défavorisées matériellement (Smithman et al., 2018). À noter, l'échantillon spécifique à l'étude de Smithman et al. (2018) est plus petite que celle de l'étude dont il est question dans ce mémoire. De plus, elle se concentre sur la période ciblée de 2013 à 2015.

Le lieu où la personne habite influence grandement les délais d'affiliation à un médecin de famille, créant des disparités géographiques importantes. Concernant les territoires locaux, les résultats révèlent une grande différence entre les vitesses d'affiliation d'un territoire à l'autre. En effet, plusieurs études (Talbot et al., 2001 ; 2001 McRae, et al., 2011 ; Hay et al., 2010) confirment que la région agit à titre de prédicteur pour l'affiliation à un médecin de famille, soit un plus grand taux d'affiliation à un médecin de famille dans les régions urbaines. L'implantation des listes d'attente centralisées a bénéficié d'une flexibilité dans son implantation compte tenu des lignes directrices ministérielles plutôt vagues. Par exemple, il n'y avait pas de protocole standardisé pour la priorisation réalisées par les infirmières. Le jugement de celles-ci étant la norme pour l'évaluation. Cela peut mener à des différences significatives dans l'implantation des différentes listes d'attente, tout dépendant du territoire. L'étude d'Abou Malham et al (2019) identifie plusieurs facteurs influençant la performance des listes d'attente centralisées par territoire. Parmi ces facteurs apparait le *leadership* du coordonnateur médical (la personne coordonnant la liste d'attente centralisée), la communication en continu (qui favorise la collaboration), le nombre de ressources suffisantes, la capacité d'adaptation et de flexibilité des équipes par rapport aux

besoins de la population. Ces résultats concordent avec l'étude de Breton et al. (2017) qui révélait une hétérogénéité quant à la performance des listes d'attente centralisées à travers l'échelle du Québec. Les taux d'affiliation sont aussi influencés par le nombre d'années d'expérience et le lieu de pratique des médecins de famille (Breton et al., 2018). Par exemple, les médecins ayant moins de 5 ans de pratique sont les médecins enregistrant le plus grand nombre de patients sur les listes d'attente centralisées, alors que les médecins pratiquant en CLSC enregistraient le plus grand nombre de patients vulnérables (Breton et al., 2018). Les GACO sélectionnés pour l'étude ont été choisis en fonction d'un contraste de performance. Les régions à l'étude sont toutes des régions urbaines, à l'exception d'une région semi-urbaine. Outre les informations des caractéristiques individuelles présentées dans la banque de données, très peu d'informations permettant de catégoriser les GACO y étaient présentes. Cela limite donc la possibilité de comparaison avec d'autres régions ou d'autres contextes pour les listes d'attente centralisées.

6.3 Facteurs de besoins

Les résultats obtenus pour ces facteurs n'ont pas été étudiés précédemment et sont des résultats poignants de l'étude conduite.

En ce qui concerne les cotes de priorités, les résultats de l'étude montrent une tangente décroissante de P1 à P5. C'est ainsi dire que les personnes qui reçoivent des recommandations de temps de priorisation plus courtes sont référées (affiliées) en premier, ce qui concorde avec les recommandations ministérielles (FMOQ & MSSS, 2012). Les cotes de priorités manquantes sont les personnes qui n'ont pas été évaluées par une infirmière au moment de la fin de l'étude. Cela constitue une donnée aberrante lors de l'analyse de nos résultats, puisqu'aucune personne n'a été référée parmi ce groupe. D'ailleurs, les résultats pour cette catégorie ne sont pas significatifs. Par contre, lorsque la catégorie P4 (recommandation d'attente de 6 mois à 1 an) est examinée de plus près, il est constaté que ceux-ci vont avoir plus de risque d'attendre plus longtemps que les personnes n'ayant pas de recommandation quant au temps de prise en charge soient les P5. L'étude de

Roy et al. (2016), stipule que lorsqu'on requiert aux médecins de famille de prendre un plus grand volume de patients, ceux-ci vont choisir des personnes ayant des profils de prise en charge moins lourd et complexe, l'équilibre dans leur charge de cas étant essentiel. Il pourrait être suggéré aux décideurs de jumeler les deux dernières cotes de priorités, afin d'éviter ce genre de dysfonctionnement dans le futur.

La nature des différents diagnostics de santé présentée chez les personnes influence grandement la rapidité de prise en charge médicale via les listes d'attente centralisées. En effet, les résultats de l'étude suggèrent que les personnes avec des problèmes de santé mentale risquent d'attendre moins longtemps sur les listes d'attente que le groupe de référence, les personnes en santé. Ce résultat est, par contre, significativement plus faible que le résultat des personnes avec une problématique de santé physique uniquement qui voit son affiliation être priorisée : une différence de 12% entre les deux groupes. Ce résultat peut être expliqué par le fait que les médecins ne se sentent pas assez outillés pour la prise en charge des clientèles avec des problèmes de santé mentale (Roy et al., 2016; Chafe et al., 2011) de par leur manque de formation (Roy et al., 2016), mais aussi de par le manque de soutien (Fleury et al., 2012). Il faut aussi noter que la stigmatisation des problèmes de santé mentale est toujours présente dans notre société, et ce, même au sein des professionnels de la santé (Schulze, 2007 ; Kirby, 2008). Elle pourrait donc contribuer à augmenter la difficulté d'affiliation de ces populations vulnérables.

Le système de financement en place présentement dans les groupes de médecine familiale (GMF) prévoit l'ajout ou le retrait de ressources disponibles en fonction du nombre de patients inscrits dans chaque GMF. Cela promeut alors l'inscription massive de patients. Ainsi, un médecin doit s'assurer d'un volume minimum de patients inscrits et compte tenu de leur horaire déjà en surcharge, il doit tenir compte de la complexité du cas lors du choix des patients sur la liste d'attente (Fleury et al., 2012; Roy et al., 2016).

De plus, la structure en GMF et le travail en silo tend à isoler et à diminuer la capacité de collaboration entre les médecins de famille et d'autres professionnels (Roy et al., 2016;

Fleury et al., 2012), notamment, les équipes multidisciplinaires, ainsi que les professionnels spécialisés en santé mentale (psychiatres, partenaires communautaires, équipes de santé mentale en première ligne, ressources de psychothérapie). Ces derniers peuvent faciliter les suivis des personnes avec des problématiques de santé complexes et intervenir en complémentarité au suivi médical. Aussi, les listes d'attente et le manque de ressources pour les suivis en santé mentale peuvent contribuer à faire grandir des appréhensions aux suivis pour les médecins de famille (Fleury et al., 2012). Ce sont là tous des facteurs qui contribuent à l'explication de la réticence des médecins de famille à prendre en charge les personnes souffrant de problématiques de santé complexes.

Pourtant, cette clientèle est très vulnérable et un suivi par un médecin de famille est essentiel. Le lien de confiance et la continuité relationnelle contribuent à obtenir une stabilité pour la personne, ce qui n'est pas possible lorsqu'elle ne détient pas de source régulière de soins (ex : urgence, clinique sans rendez-vous) (Crooks et al., 2012).

D'ailleurs, les résultats de cette étude révèlent également que les personnes souffrant de comorbidité de problèmes de santé physique et santé mentale vont attendre plus longtemps que les personnes en santé : une différence de 17% entre les deux groupes. Cela est d'autant plus inquiétant puisque ces personnes nécessitent un suivi de leur santé physique avec un médecin généraliste. Un trouble de santé mentale peut perturber la capacité de l'individu à gérer une maladie chronique ou suivre les recommandations en santé (Muralidharan et al., 2019; Parks et al., 2006). En outre, il est rapporté dans la littérature que la prise continue de certains types de médicaments spécifiques à la santé mentale, tels que les antipsychotiques, peut causer des problèmes de santé physique comme le syndrome métabolique. Cela augmente la possibilité que ces individus souffrent, par exemple, d'obésité, d'hypertension ou de diabète de type 2 (Cotes et al., 2015; Louw et al., 2019). Or, ces suivis ne peuvent être effectués que par un psychiatre et tous n'ont pas accès à un suivi psychiatrique de deuxième ligne. L'accès à des soins de types préventifs peut aider à une meilleure gestion de leur santé et les aider à développer de bonnes habitudes de vie qui peuvent prévenir ce genre de complications.

Il est à noter que les cinq listes d'attente centralisées à l'étude ont été sélectionnées afin de représenter la diversité du contexte de performance (Abou Malham et al., 2019). Cela permet de diminuer le biais de représentativité. En effet, les données démographiques de cette étude sont comparables aux statistiques démographiques provinciales (Institut de la statistique du Québec, 2015). À titre d'exemple, les taux de femmes et d'hommes sont respectivement de 50,3% et 49,7% (Institut de la statistique du Québec, 2015) et de 52,7% et 47,3% dans cette étude. Notre étude évalue les 19-65 ans à 61,1% de l'échantillon. Les personnes québécoises de plus de 65 ans représentent 17,6% et sont en constante augmentation (Institut de la statistique du Québec, 2015). Les 65 ans et plus dans notre étude représente 21,2% de l'échantillon. Une légère différence est donc présente entre les données provinciales et cette étude, notamment une plus grande proportion des personnes de plus de 65 ans. D'autre part, il est à noter que les problématiques de santé mentale sont sous-représentées dans notre échantillon en comparaison avec les statistiques québécoises. Les personnes présentant un problème de santé mentale représentent 8.6% de l'échantillon de cette étude. Or, 5.8% des Québécois de plus de 15 ans rapportent souffrir d'un trouble de santé mentale en 2012 (Baraldi et al, 2015). Ainsi, il est suggéré que notre étude détient une plus grande proportion de personnes souffrant de problème de santé mentale (et dépendance) que dans la population québécoise. Ainsi, avec prudence, nous pouvons croire qu'une représentativité relativement semblable aux statistiques québécoises est présente sur les autres listes d'attente centralisées, pour des régions urbaines et semi urbaine semblables à celle à l'étude.

6.4 Forces et limites

À notre connaissance, il s'agit de la première étude explorant l'impact des caractéristiques individuelles sur l'affiliation des patients orphelins via les listes d'attente centralisées.

En effet, les études menées par Breton et al (2015, 2017) examinaient des données agrégées. Ainsi, l'analyse de données clinico-administratives individuelles, qui n'a jamais été menée jusqu'à présent, représente une grande force de l'étude. L'inclusion de toutes les personnes inscrites sur les listes d'attente centralisées à l'étude est aussi une force. En effet,

aucun patient n'a été exclu. Cela permet une meilleure représentativité des personnes en attente d'une affiliation à un médecin de famille inscrites sur les listes d'attente centralisées des régions considérées dans ce projet de recherche. Or, il serait imprudent d'affirmer, puisque très peu d'informations sur les autres GACO du Québec sont disponibles, que nos résultats seraient applicables à d'autres régions. Le grand nombre de participants ($n = 129\,547$) permet d'assurer une grande puissance statistique. À notre connaissance, il s'agit également de la première étude observant l'impact des facteurs de besoins sur l'affiliation à un médecin de famille. Finalement, notre étude se distingue par l'inclusion des moins de 18 ans. En effet, plusieurs enquêtes populationnelles excluent d'emblée les enfants, car la notion de consentement pour la participation à l'étude nécessite plusieurs étapes administratives supplémentaires. Nos résultats nous permettent donc d'avoir un portrait de l'affiliation médicale pour les enfants.

Les codes postaux déterminant l'indice de Pampalon n'est pas spécifique à l'individu (Gamache, Hamel, Pampalon, 2017). En effet, il s'agit d'un proxy pour estimer la défavorisation sociale et matérielle des personnes vivant sur un territoire. Ainsi, une personne peut s'être vue attribuée pour l'étude un indice de défavorisation ne représentant pas sa défavorisation personnelle. Cet indice est utilisé dans l'étude afin d'obtenir de grandes tendances de l'impact de la défavorisation sur la vitesse d'affiliation à un médecin de famille. Ces résultats sont donc utilisés en complémentarité aux divers résultats obtenus. Aussi, un approfondissement quant à l'impact de la défavorisation matérielle et sociale a déjà été documenté par Smithman et al. (2018) qui révèle dans un échantillon plus petit, ciblant la période de 2013 à 2015, un gradient qui avantage les personnes favorisées matériellement et les personnes d'un quartier défavorisé socialement pour une affiliation à un médecin de famille.

Il est important de noter que le système SIGACO n'est plus utilisé depuis 2015 puisque toutes les listes d'attente centralisées sont fusionnées en une seule liste pour le Québec maintenant appelé Guichet d'accès aux médecins de famille (GAMF). Bien que le nouveau système provincial soit différent de celui SIGACO utilisé dans cette étude, le fonctionnement des GAMF demeure de coordonner à l'échelle des territoires locaux. Les

mêmes codes de vulnérabilités et de priorités y sont utilisés. Donc, le système clinico-administratif a été modifié, mais nos résultats demeurent pertinents puisque le fonctionnement centralisé actuel est similaire à l'antérieur. Compte tenu de l'implantation de listes d'attente centralisées dans la plupart des provinces canadiennes, les données obtenues par cette étude peuvent permettre aux décideurs de réfléchir quant à l'amélioration possible des politiques entourant l'accès aux médecins de famille via ces mécanismes. De plus, il demeure que les listes d'attente centralisées excluent une partie vulnérable de la population telle que les personnes itinérantes ainsi que les personnes orphelines ne s'étant pas inscrites sur les listes d'attente centralisées. La validité de nos résultats reste inaltérée par ceci, compte tenu de la nature de notre objectif, celui-ci étant d'analyser les mécanismes des listes d'attente centralisées. Or, la prise en charge des personnes marginalisées serait intéressante à analyser dans des études ultérieures.

CONCLUSION

En conclusion, les résultats montrent des inégalités dans les délais d'affiliation à un médecin de famille via les GACO. Les résultats ont montré que plusieurs facteurs, dont les facteurs de besoins, des personnes inscrites sur les listes d'attente centralisées influencent les délais d'affiliation à un médecin de famille. À notre connaissance, il s'agit de la première étude explorant l'influence des facteurs prédisposants, facilitants et de besoins sur l'affiliation à un médecin de famille via le mécanisme de listes d'attente centralisées. La recension des écrits a dévoilé un manque de documentation de ce nouveau mécanisme pour l'affiliation aux médecins de famille. Ce mémoire permet donc d'enrichir la littérature en ce qui concerne les listes d'attente centralisées pour les médecins de famille et d'identifier les facteurs influençant les délais d'attente pour l'affiliation à un médecin de famille via les listes d'attente centralisées. Cette étude a permis de soulever des iniquités présentes, et ce malgré le mécanisme en place présentement. Les conclusions les plus inquiétantes résident en l'influence de la présence de comorbidités de santé physique et santé mentale sur le temps d'affiliation. De ce fait, les résultats de notre étude peuvent être explorés par les différentes provinces ayant mis en place ce processus au Canada. Ainsi, ils pourront revoir, notamment, leur système de priorisation. Ces résultats peuvent aussi être repris par des états qui songent mettre en place de tels mécanismes. Des études ultérieures devront être réalisées afin de compléter l'évaluation des listes d'attente centralisées au Canada.

REFERENCES

- Abou Malham, S., Smithman, M.-A., Touati, N., Loignon, C., Dubois, C.A., Noor, K., Boivin, A., Breton, M. (2019). Explaining variation of implementation outcomes of centralized waiting lists for unattached patients: a comparative multiple case study in Quebec. *Journal of Health Organization and Management*. (In press)
- Andersen, R.m. (1995). "Revisiting the Behavioral model and Access to medical Care: does It matter?". *Journal of Health and Social Behavior*. 36(1): 1–10.
- Andersen, R., & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. The Milbank Memorial Fund Quarterly. *Health And Society*, 51(1), 95-124.
- Andersen, R., & Newman, J. F. (2005). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*, 83(4), Online-only.
- Baraldi, R., Joubert, K. & Bordeleau, M. (2015). Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012, Québec, Institut de la statistique du Québec, repéré à : http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_portrait_sante_mentale2015H00F00.pdf
- Borges Da Silva, R., Fiset-Laniel, J., Hazra, A., & Strumpf, E. (2015). Analyse d'une politique de santé visant l'amélioration de l'accès à un médecin de famille - Les guichets d'accès pour la clientèle orpheline au Québec. Montréal: CIRANO.
- Breton, M., Brousselle, A., Boivin, A., Loignon, C., Touati, N., Dubois, C. A., ... & Roberge, D. (2014). Evaluation of the implementation of centralized waiting lists for patients without a family physician and their effects across the province of Quebec. *Implementation Science*, 9(1), 117.
- Breton, M., Brousselle, A., Boivin, A., Roberge, D., Pineault, R., & Berbiche, D. (2015). Who gets a family physician through centralized waiting lists?. *BMC Family Practice*, 1610. doi:10.1186/s12875-014-0220-7
- Breton M, Gagne J, Gankpe F. (2014). Implementing Centralized Waiting Lists for Patients without a Family Physician in Québec. *Health Reform Observer*, 2(1): Article 5. DOI: [dx.doi.org/10.13162/hro-ors.02.01.05](https://doi.org/10.13162/hro-ors.02.01.05)
- Breton, M., Green, M., Kreindler, S., Sutherland, J., Jbilou, J., Wong, S. T., & ... Brousselle, A. (2017). A comparative analysis of centralized waiting lists for patients without a primary care provider implemented in six Canadian provinces: study protocol. *BMC Health Services Research*, 171-9. doi:10.1186/s12913-017-2007-8
- Breton, M., Smithman, M. A., Brousselle, A., Loignon, C., Touati, N., Dubois, C., & ... Roberge, D. (2017). Assessing the performance of centralized waiting lists for patients without a regular family physician using clinical-administrative data. *BMC Family Practice*, 171-13. doi:10.1186/s12875-016-0573-1
- Breton, M., Smithman, M. A., Touati, N., Boivin, A., Loignon, C., Dubois, C.-A., ... Brousselle, A. (2018). Family Physicians Attaching New Patients From Centralized Waiting Lists: A Cross-Sectional Study. *Journal of Primary Care & Community Health*, 9, N.PAG. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1177/2150132718795943>

- Breton, M., Wong, S. T., Smithman, M. A., Kreindler, S., Jbilou, J., Sutherland, J., ... Green, M. (2018). Centralized Waiting Lists for Unattached Patients in Primary Care: Learning from an Intervention Implemented in Seven Canadian Provinces. *Healthcare policy*, 13(4), 65–82. doi:10.12927/hcpol.2018.25493
- Chafe, R., Laupacis, A., & Levinson, W. (2011). Accepting new patients: What does the public think about Ontario's policy?. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 57(2), e68-e73.
- Cleary, P. D., Mechanic, D., & Greenley, J. R. (1982). Sex differences in medical care utilization: an empirical investigation. *Journal Of Health And Social Behavior*, 23(2), 106–119. Retrieved from <https://search-ebscohost-com.ezproxy.usherbrooke.ca/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=7108177&site=ehost-live>
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2012). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux - Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec. Repéré à : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2009). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux - Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandations et implications. Quebec: CSBE. repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2009_PremiereLigne/csbe-Recommandations-t4-042009.pdf
- Cotes, R., Nesnera, A., Kelly, M., Orsini, K., Xie, H., McHugo, G., ... Brunette, M. (2015). Antipsychotic Cardiometabolic Side Effect Monitoring in a State Community Mental Health System. *Community Mental Health Journal*, 51(6), 685–694. doi : <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1007/s10597-015-9833-0>
- CSBE. (2012). État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux. Repéré à : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=9&ved=2ahUKEwjs5JLfm6TkAhWMMd8KHcMqDm0QFjAlegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.bibliotheque.assnat.qc.ca%2FDepotNumerique_v2%2FAffichageFichier.aspx%3Fidf%3D71970&usg=AOvVaw0jh9hjHfRvpM4e8N1S9CNI
- CSBE. (2016). Perceptions et expériences de la population: Le québec comparé. Repéré à : http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/CWF/CSBE_CWF_2016_Rapport_Resultats.pdf
- Crooks, V. A., Agarwal, G., & Harrison, A. (2012). Chronically ill Canadians' experiences of being unattached to a family doctor: a qualitative study of marginalized patients in British Columbia. *BMC Family Practice*, 13(1), 69-77. doi:10.1186/1471-2296-13-69
- Dubé-Linteau A, Pineault R, Levesque J-F, Lecours C, Tremblay M-E. (2013). Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois. Institut de la statistique du Québec, vol.2, 73 pages.
- Fiscella, K., & Shin, P. (2005). The inverse care law: implications for healthcare of vulnerable populations. *The Journal Of Ambulatory Care Management*, 28(4), 304-312.

- Friedberg, M. W., Coltin, K. L., Pearson, S. D., Kleinman, K. P., Zheng, J., Singer, J. A., & Schneider, E. C. (2007). Does affiliation of physician groups with one another produce higher quality primary care?. *Journal Of General Internal Medicine*, 22(10), 1385-1392.
- Friedberg, M. W., Safran, D. G., Coltin, K. L., Dresser, M., & Schneider, E. C. (2009). Readiness for the Patient-Centered Medical Home: structural capabilities of Massachusetts primary care practices. *Journal Of General Internal Medicine*, 24(2), 162-169. doi:10.1007/s11606-008-0856-x
- Fleury, M.J., Farand, L., Aubé, D., Imboua, A. (2012). La prise en charge des troubles de santé mentale par les omnipraticiens du Québec. *Canadian Family Physician* 58(12), e725-e731. Repéré à : <https://www.cfp.ca/content/58/12/e725.short>
- FMOQ & MSSS (2012) Guide de gestion à l'intention des divers intervenants dans le processus d'inscriptions de la clientèle à un guichet d'accès pour la clientèle sans médecins de famille.
- Fung, C. S., Wong, C. K., Fong, D. Y., Lee, A., & Lam, C. L. (2015). Having a family doctor was associated with lower utilization of hospital-based health services. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1-9. doi:10.1186/s12913-015-0705-7
- Gamache, P., Hamel, D., Pampalon, R. (2017). Guide Méthodologique Indice de défavorisation matérielle et sociale : en bref. Institut Nationale de santé publique du Québec.
- Gijsbers Van Wijk, C. M., Kolk, A. M., Van den Bosch, W. J., & Van den Hoogen, H. J. (1992). Male and female morbidity in general practice: The nature of sex differences. *Social Science & Medicine*, 35(5), 665-678. [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90005-B](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(92)90005-B)
- Grabovschi, C., Loignon, C., & Fortin, M. (2013). Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 1394. doi:10.1186/1472-6963-13-94
- Haggerty, J., Fortin, M., & Breton, M. (2018). Snapshot of the primary care waiting room: Informing practice redesign to align with the Patient's Medical Home model. *Canadian Family Physician*, 64(9), e407-e413. Retrieved from <https://search-ebshost-com.ezproxy.usherbrooke.ca/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=131743839&site=ehost-live>
- Hansen, L., Yi Yan, & Rosenkranz, S. J. (2014). The Power of the Liver Transplant Waiting List: A Case Presentation. *American Journal of Critical Care*, 23(6), 510-515. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.4037/ajcc2014399>
- Hay, C., Pacey, M., Bains, N., & Ardal, S. (2010). Understanding the unattached population in Ontario: evidence from the Primary Care Access Survey (PCAS). *Healthcare Policy*, 6(2), 33-47.
- Hollander MJ, Miller JA, MacAdam M, Chappell N, & Pedlar D. (2009). Increasing value for money in the Canadian healthcare system: new findings and the case for integrated care for seniors. *Healthcare Quarterly*, 12(1), 38-47. Retrieved from <https://search-ebshost-com.ezproxy.usherbrooke.ca/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=105449228&site=ehost-live>

- Institut de la statistique du Québec (2015). Le bilan démographique du Québec. Édition 2015, [En ligne], Québec, L'Institut, repéré à : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2015.pdf>
- Jatrana, S., & Crampton, P. (2009). Affiliation with a primary care provider in New Zealand: who is, who isn't. *Health Policy* (Amsterdam, Netherlands), 91(3), 286-296. doi:10.1016/j.healthpol.2008.12.015
- Jatrana, S., Crampton, P., & Richardson, K. (2011). Continuity of care with general practitioners in New Zealand: results from SoFIE-Primary Care. *The New Zealand Medical Journal*, 124(1329), 16-25.
- Kirby M.J.L. (2002). The Health of Canadians – The Federal Role. Final Report. Volume Six: Recommendations for Reform, The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, Chair: The Honourable Michael J.L. Kirby, Deputy Chair: The Honourable Marjory LeBreton, Senate of Canada, 351 pages.
- Kirby, M. (2008). Mental health in Canada: out of the shadows forever. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 178(10), 1320–1322.
- Kringos, D. S., Boerma, W., van der Zee, J., & Groenewegen, P. (2013). Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending. *Health Affairs*, 32(4), 686–694. Repéré à : <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1377/hlthaff.2012.1242>
- Lambrew, J., DeFriesse, G., Carey, T., Ricketts, T., & Biddle, A. (1996). The Effects of Having a Regular Doctor on Access to Primary Care. *Medical Care*, 34(2), 138-151. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/3766666>
- Louw, E. J., Paans, N. P. G., Sonnenberg, C. M., Konz, H., Meesters, P. D., Grootheest, D., ... van Grootheest, D. (2019). Metabolic syndrome rates in older patients with severe mental illness after five years of follow-up and the association with mortality. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(2), 333–336. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1002/gps.5025>
- Lesage, A., Vasiliadis, H.M., Gagné, M.A., Dudgeon, S., Kasman, N., Hay, C. (2006) Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada : Une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Rapport préparé pour l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, Mississauga (Ontario), Canada. Disponible à : www.iccsm.ca ISBN 1-896014-85-2
- McIsaac, W. J., Fuller-Thomson, E., & Talbot, Y. (2001). Does having regular care by a family physician improve preventive care? *Canadian Family Physician*, 47, 70–76.
- McRae, I., Yen, L., Gillespie, J., & Douglas, K. (2011). Patient affiliation with GPs in Australia--who is and who is not and does it matter?. *Health Policy* (Amsterdam, Netherlands), 103(1), 16-23. doi:10.1016/j.healthpol.2010.09.002
- Muralidharan, A., Brown, C. H., E. Peer, J., A. Klingaman, E., M. Hack, S., Li, L., ... Goldberg, R. W. (2019). Living Well: An Intervention to Improve Medical Illness Self-Management Among Individuals With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 70(1), 19–25. doi : <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1176/appi.ps.201800162>
- Nutting, P. A., Goodwin, M. A., Flocke, S. A., Zyzanski, S. J., & Stange, K. C. (2003). Continuity of primary care: to whom does it matter and when?. *Annals Of Family Medicine*, 1(3), 149-155.

- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), United Kingdom: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283589-en>
- Ostbye, T., & Hunskaar, S. (1997). A new primary care rostering and capitation system in Norway: lessons for Canada?. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De L'association Medicale Canadienne*, 157(1), 45-50.
- Pampalon, R., Hamel, D., Gamache, P., & Raymond, G. (2009). A deprivation index for health planning in Canada. *Chronic Diseases In Canada*, 29(4), 178–191.
- Parks, J., Svendsen, D., Singer, P., Foti, M.A., Mauer, B. (2006): Morbidity and Mortality in People With Serious Mental Illness. National Association of State Mental Health Program Directors. Alexandria, VA. repéré à : <https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Mortality%20and%20Morbidity%20Final%20Report%208.18.08.pdf>
- Pena-Dolhun, E., Grumbach, K., Vranizan, K., Osmond, D., & Bindman, A. B. (2001, December). Unlocking specialists' attitudes toward primary care gatekeepers. (Original Research). *Journal of Family Practice*, 50(12), 1032+. Retrieved from <https://link.galegroup.com/apps/doc/A81136233/AONE?u=googlescholar&sid=AONE&xid=104d2cc0>
- Petterson, S. M., Rabin, D., Phillips, R. J., Bazemore, A. W., & Doodoo, M. S. (2009). Having a usual source of care reduces ED visits. *American Family Physician*, 79(2), 94.
- RAMQ (2019). Évolution du nombre de personnes inscrites au Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) selon leur statut en 2019. Répéré à : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/donnees-et-statistiques/Documents/GAMF-etat-situation.pdf>
- Randall, E., Crooks, V. A., & Goldsmith, L. J. (2012). In search of attachment: a qualitative study of chronically ill women transitioning between family physicians in rural Ontario, Canada. *BMC Family Practice*, 13125. doi:10.1186/1471-2296-13-125
- Rice, A. M. (2011). Successful affiliations: principles and practices. *Frontiers Of Health Services Management*, 27(4), 13-41.
- Roy, A., Breton, M., & Loslier, J. (2016). Providing continuity of care to a specific population: Attracting new family physicians. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 62(5), e256-e262.
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *International Review Of Psychiatry (Abingdon, England)*, 19(2), 137–155.
- Shi L, Forrest CB, von Schrader S, & Ng J. (2003). Vulnerability and the patient-practitioner relationship: the roles of gatekeeping and primary care performance. *American Journal of Public Health*, 93(1), 138–144. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.2105/AJPH.93.1.138>
- Shi L, Stevens GD, Lebrun LA, Faed P, & Tsai J. (2008). Enhancing the measurement of health disparities for vulnerable populations. *Journal of Public Health Management & Practice*, 14, S45-52. Retrieved from

- <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=105574037&site=ehost-live> (Shi, Stevens, Faed, & Tsai, 2008)
- Sieverdes, J. C., Raynor, P. A., Armstrong, T., Jenkins, C. H., Sox, L. R., & Treiber, F. A. (2015). Attitudes and perceptions of patients on the kidney transplant waiting list toward mobile health-delivered physical activity programs. *Progress in Transplantation*, 25(1), 26–34. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.7182/pit2015884>
- Smith, P. C., Mossialos, E., Leatherman, S., & Papanicolas, I. (Eds.). (2009). Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge University Press.
- Smithman, M.A., Brousselle, A., Touati, N., Boivin, A., Nour, K., Dubois, C.-A., Loignon, C., Berbiche, D., Breton, M. (2018). Area deprivation and attachment to a general practitioner through centralized waiting lists: a cross-sectional study in Quebec, Canada. *International Journal for Equity in Health*, 1(1). Doi: <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1186/s12939-018-0887-9>
- Starfield, B. (1992). Primary Care. Concept, Evaluation, and Policy. New York: Oxford University Press.
- Starfield B, Shi L, & Macinko J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3), 457–502. Retrieved from <https://search-ebscohost-com.ezproxy.usherbrooke.ca/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=106375181&site=ehost-live>
- Talbot, Y., Fuller-Thomson, E., Tudiver, F., Habib, Y., & McIsaac, W. J. (2001). Canadians without regular medical doctors. Who are they?. *Canadian Family Physician Médecin De Famille Canadien*, 47, 58-64.
- Verbrugge L. M. (1985) Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(3). 156-182. Répéré à : <http://links.jstor.org/sici?sici=0022-1465%28198509%2926%3A3%3C156%3AGAHAUO%3E2.0.CO%3B2-E>
- Watt W. D. (1987). The family physician: gatekeeper to the health-care system. *Canadian family physician* 33, 1101–1104.

Annexe 1 :

Exemple de fiche pour l'inscription aux GACO

FICHE DE RÉFÉRENCE INTERNE AU GACO

Nom complet : _____

D.D.N. : _____

NAM : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____

Langue de communication : _____

Intervenant référant : _____

Numéro de poste : _____

Date d'inscription :		Oui	Non
Services présentement reçus du CSSS?			
Lesquels?			
Hospitalisation au cours des 2 dernières années?			
Lieu et raison?			
Chirurgie au cours des 2 dernières années?			
Lieu et raison?			
Visite à l'urgence dans la dernière année?			
Combien de fois?			
La patiente est-elle enceinte?			
Date prévue d'accouchement?			

#	Description	Oui	Détails	Médicaments
1	Problème de santé mentale			
2	Maladie pulmonaire obstructive chronique			
3	Maladie cardiaque artério-sclérotique, hypertension sévère			
4	Cancer			
5	Diabète (excluant de grossesse)			
6	Toxicomanie ou alcoolisme en cours de sevrage			
7	VIH/SIDA, Hépatite C			
8	Maladie dégénérative du système nerveux central			
9	Maladie inflammatoire chronique			
10	Troubles dépressifs majeurs actifs			
11	Troubles dépressifs majeurs récidivants			
12	Insuffisance rénale chronique, insuffisance hépatique			
13	Maladie thromboembolique récidivante			
14	Fibrillation auriculaire			
15	Trouble déficitaire de l'attention – hyperactivité			
16	Déficiência intellectuelle			
17	Déficiência auditive			
18	Douleur chronique			
19	Accident vasculaire-cérébral			
99	Personne âgée de 70 ans et plus			

Commentaires (médecins, spécialistes, problèmes de santé autre, etc.)	
	Priorité <input type="checkbox"/> P1 – moins de 30 jours <input type="checkbox"/> P2 – 30 jours à 3 mois <input type="checkbox"/> P3 – 3 mois à 6 mois <input type="checkbox"/> P4 – 6 mois à 1 an <input type="checkbox"/> P5 – 1 an et plus

Annexe 2 :

Approbation éthique projet d'évaluation de l'implantation des guichets d'accès aux
clientèles sans médecin de famille et ses effets



Sherbrooke, le 12 juin 2018

Pre Mylaine Breton
FMSS Département des sciences de la santé communautaire
Université de Sherbrooke - Campus Longueuil

**Objet : Approbation d'une demande de renouvellement annuel par le
Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS**

Projet #MP-31-2015-819, 14-091 - GACO-FRQS

Évaluation de l'implantation des guichets d'accès aux clientèles sans médecins de famille et ses effets.

Bonjour Pre Breton,

La présente est pour vous informer que nous avons reçu le formulaire de demande de renouvellement annuel (F9 - 20528) pour le projet mentionné ci-haut. **Une nouvelle approbation a été émise par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, qui agit comme CÉR évaluateur pour le projet de recherche mentionné en titre, via révision accélérée et sera valide du 18 juin 2018 au 18 juin 2019 et ce, pour l'ensemble des centres participants au Québec.**

Il est à noter qu'aucun membre du comité d'éthique participant à l'évaluation et à l'approbation de ce projet n'est impliqué dans celui-ci.

Attestation du CÉR (REBA) :

En ce qui concerne ce projet de recherche, à titre de représentant du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, je certifie que:

1. La composition de ce comité d'éthique satisfait aux exigences pertinentes prévues dans le titre 5 de la partie C du Règlement sur les aliments et drogues.
2. Le comité d'éthique de la recherche exerce ses activités de manière conforme aux bonnes pratiques cliniques.
3. Ce comité d'éthique a examiné et approuvé le formulaire de consentement et le protocole d'essai clinique qui sera mené par le chercheur susmentionné, au lieu d'essai indiqué. L'approbation et les opinions du présent comité ont été consignées par écrit.
4. Ce Comité est conforme aux normes américaines. (FWA #00005894 et IRB #00003849)

Espérant le tout à votre convenance, je vous prie d'agréer, Pre Breton, mes salutations distinguées.

Me Sophie Brisson, co-présidente
CÉR du CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Annexe 3 :

Liste de codes de vulnérabilité de la RAMQ en fonction des diagnostics que présente la personne.

CODE DE CATÉGORIE DE PROBLÈMES DE SANTÉ	CATÉGORIE DE PROBLÈMES DE SANTÉ OU D'ÂGE CORRESPONDANT À LA CONDITION DE VULNÉRABILITÉ
01	<i>Problèmes de santé mentale chroniques et récidivants (DSM-V) : troubles d'anxiété généralisée, troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie).</i>
02	<i>Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), asthme de modéré à sévère (patient présentant un VEMS inférieur à 70 % de la valeur prédite), pneumopathies professionnelles.</i>
03	<i>Maladie cardiaque artério-sclérotique (MCAS), insuffisance cardiaque, hypertension sévère (grade 3).</i>
04	<i>Cancer associé à un traitement passé, présent ou projeté en chimiothérapie systémique ou radiothérapie ou en phase palliative.</i>
05	<i>Diabète avec hémoglobine A1C à 6,5 ou plus au moment du diagnostic excluant le diabète de grossesse.</i>
06	<i>Toxicomanie ou alcoolisme en cours de sevrage ou ayant donné lieu à une cure de désintoxication de drogues dures ou d'alcool au cours des cinq dernières années, toxicomanie sous traitement à la méthadone ou de buprénorphine.</i>
07	<i>VIH/SIDA, hépatite C.</i>
08	<i>Maladies dégénératives du système nerveux, démence avec MMSE de 26 et moins, blessés médullaires avec séquelles permanentes entraînant une invalidité et des traumatismes crâniens avec séquelles permanentes entraînant une invalidité.</i>
09	<i>Maladies inflammatoires chroniques : polyarthrite, rhumatoïde, psoriasis avec atteinte autre que cutanée, lupus, sclérodermie et autres collagénoses, colite ulcéreuse, maladie de Crohn.</i>
10	<i>Troubles dépressifs majeurs aigus, premier épisode ou troubles anxieux aigus, premier épisode. À compter du 1^{er} juillet 2017, renouvelable tous les 24 mois.</i>
11	<i>Troubles dépressifs majeurs récidivants.</i>
12	<i>Insuffisance rénale chronique avec une clairance de la créatine, inférieure à 30 ml par minute, insuffisance hépatique.</i>
13	<i>Maladies thrombogènes nécessitant une anticoagulation à vie, fibrillation auriculaire avec CHADS à 2 et plus.</i>
14	<i>Fibrillation auriculaire nécessitant une anticoagulothérapie à vie et suivi par RIN. Date de fin : 30 juin 2019</i>
15	<i>Trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité pour les patients âgés de moins de 18 ans.</i>
16	<i>Déficiência intellectuelle pour les patients présentant des troubles importants d'expression et de compréhension.</i>
17	<i>Déficiência auditive lorsque la communication avec le patient se fait de façon gestuelle ou par écrit et déficiência visuelle nécessitant la présence d'un accompagnateur lors de la rencontre du patient avec le médecin.</i>
18	<i>Douleur chronique qui persiste depuis plus de six (6) mois liée à une condition chronique et provoquant une incapacité fonctionnelle ou nécessitant la prise continue d'une médication sur ordonnance lui permettant d'être fonctionnel.</i>
19	<i>Accident vasculaire cérébral entraînant des troubles graves de mobilité, de comportement, d'expression ou de compréhension.</i>
20	<i>Problèmes de santé (DSM-IV) : troubles psychotiques, troubles bipolaires, troubles envahissants du développement (troubles du spectre de l'autisme, Asperger), trouble panique. Date de début : 1^{er} juillet 2017</i>

Annexe 4 :

Codes de vulnérabilité inclus dans les catégories de la variable comorbidité

Les codes ayant une flèche sont inclus comme problèmes de santé mentale. Les autres font partie de la catégorie des problèmes de santé physique. Pour la catégorie comorbidité, il faut que la personne présente et un problème de santé physique et un problème de santé mentale.

	CODE DE CATÉGORIE DE PROBLÈMES DE SANTÉ	CATÉGORIE DE PROBLÈMES DE SANTÉ OU D'ÂGE CORRESPONDANT À LA CONDITION DE VULNÉRABILITÉ
→	01	Problèmes de santé mentale chroniques et récidivants (DSM-V) : troubles d'anxiété généralisée, troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie).
	02	Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), asthme de modéré à sévère (patient présentant un vems inférieur à 70 % de la valeur prédite), pneumopathies professionnelles.
	03	Maladie cardiaque artério-sclérotique (MCAS), insuffisance cardiaque, hypertension sévère (grade 3).
	04	Cancer associé à un traitement passé, présent ou projeté en chimiothérapie systémique ou radiothérapie ou en phase palliative.
	05	Diabète avec hémoglobine A1C à 6,5 ou plus au moment du diagnostic excluant le diabète de grossesse.
→	06	Toxicomanie ou alcoolisme en cours de sevrage ou ayant donné lieu à une cure de désintoxication de drogues dures ou d'alcool au cours des cinq dernières années, toxicomanie sous traitement à la méthadone ou de buprénorphine.
	07	VIH/SIDA, hépatite C.
	08	Maladies dégénératives du système nerveux, démence avec MMSE de 26 et moins, blessés médullaires avec séquelles permanentes entraînant une invalidité et des traumatismes crâniens avec séquelles permanentes entraînant une invalidité.
	09	Maladies inflammatoires chroniques : polyarthrite, rhumatoïde, psoriasis avec atteinte autre que cutanée, lupus, sclérodermie et autres collagénoses, colite ulcéreuse, maladie de Crohn.
→	10	Troubles dépressifs majeurs aigus, premier épisode ou troubles anxieux aigus, premier épisode. À compter du 1^{er} juillet 2017, renouvelable tous les 24 mois.
→	11	Troubles dépressifs majeurs récidivants.
	12	Insuffisance rénale chronique avec une clairance de la créatine, inférieure à 30 ml par minute, insuffisance hépatique.
	13	Maladies thrombogènes nécessitant une anticoagulation à vie, fibrillation auriculaire avec CHADS à 2 et plus.
	14	Fibrillation auriculaire nécessitant une anticoagulothérapie à vie et suivi par RIN. Date de fin : 30 juin 2019
→	15	Trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité pour les patients âgés de moins de 18 ans.
→	16	Déficience intellectuelle pour les patients présentant des troubles importants d'expression et de compréhension.
	17	Déficience auditive lorsque la communication avec le patient se fait de façon gestuelle ou par écrit et déficience visuelle nécessitant la présence d'un accompagnateur lors de la rencontre du patient avec le médecin.
	18	Douleur chronique qui persiste depuis plus de six (6) mois liée à une condition chronique et provoquant une incapacité fonctionnelle ou nécessitant la prise continue d'une médication sur ordonnance lui permettant d'être fonctionnel.
	19	Accident vasculaire cérébral entraînant des troubles graves de mobilité, de comportement, d'expression ou de compréhension.
→	20	Problèmes de santé (DSM-IV) : troubles psychotiques, troubles bipolaires, troubles envahissants du développement (troubles du spectre de l'autisme, Asperger), trouble panique. Date de début : 1^{er} juillet 2017